UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 NUMÉRO 72

LA RÉTICENCE

Étude Clinique et Psychopathologique

THÈSE

pour le DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1949

par

JEAN OULÈS

Membres du Jury

MM. RISER, Président
PLANQUES
GADRAT } Assesseurs
GERAUD
DARDENNE, Suppléant

IMPRIMERIE ARTISTIQUE
M. BONNAFOUS
LAVAUR
14, Rue du Palais

1949

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 NUMÉRO 72

LA RÉTICENCE

Étude Clinique et Psychopathologique

THÈSE

pour le DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1949

par

JEAN OULÈS

Membres du Jury { MM. RISER, Président ; PLANQUES, GADRAT, GERAUD } Assesseurs ; DARDENNE, Suppléant

IMPRIMERIE ARTISTIQUE
M. BONNAFOUS
LAVAUR
14, Rue du Palais

1949

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Tableau du Personnel

	MM.
Doyen	LEFEBVRE.
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE, CALVET.

Professeurs honoraires

MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, ARGAUD, LAFFORGUE, SERR, GARIPUY, CLERMONT.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER.
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Cliniuqe chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Anatomie	VALLOIS, LAZORTHES.
Histoire naturelle	DELAS.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL.
Bactériologie, Hygiène, Médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chururgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Clinique biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et du travail	PLANQUES.
Histologie et embryologie	BROUSSY.
Médecine Sociale	BOUNHOURE.

Professeurs sans chaire

	MM.
Physiologie	BAISSET.
Anatomie	COULOUMA.

AGREGES

	MM.
Anatomie	POULHES, ch. de f.
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.).
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique Médicale	MARQUES.
Obstétrique	PONTONNIER, ch. de f.
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.).
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.
Odonto-Stomatologie	CADENAT.

COURS COMPLEMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.).
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.).
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie .	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.).
Microbiologie	BOUISSET.
Parasitologie	LASSERRE.
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHOU.
Chimie analytique	BLANC.
Hydrologie et géologie	ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale ..	THOMAS.
Pharmacodynamie	BAISSET.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté ..... M. ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération du 12 mai 1891)

A MON PERE ET A MA MERE

Avec toute mon affection filiale et ma reconnaissance.

A MA FEMME

Avec mes sentiments tendrement affectueux.

A MA FAMILLE ET A MA BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur RISER

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique

Membre titulaire de la Société Française de Neurologie

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur PLANQUES

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail

A Monsieur le Professeur GADRAT

Professeur agrégé à la Faculté

A Monsieur le Professeur GERAUD

Professeur agrégé à la Faculté

A Monsieur le Professeur DARDENNE

Professeur agrégé à la Faculté

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE TOULOUSE

A Monsieur le Docteur S. FOLLIN

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

Qui nous a inspiré ce sujet et qui a bien voulu nous guider dans notre travail, et pour la bienveillance qu'il nous a manifesté ; en hommage reconnaissant.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Monsieur le Docteur J. RONDEPIERRE

et Monsieur le Docteur P. SIVADON

Médecins-Chefs des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Qui ont bien voulu nous accueillir dans leur service et nous ont appris à aimer les malades et à les guérir ; qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression respectueuse de notre entier dévouement.

A Messieurs les MEDECINS-CHEFS

DE VILLE-EVRARD ET DE MAISON-BLANCHE

Introduction

« La parole a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée. »
(TALLEYRAND.)

La réticence est la « suppression ou omission volontaire d'une chose qu'on devrait dire » (Littré.) Etymologiquement, ce mot vient du latin tacere : ne pas dire, passer sous silence, avec le préfixe re qui renforce l'idée du verbe. Etre réticent sur un sujet, c'est donc ne pas dire ce qui se rapporte à ce sujet, le passer sous silence, mais avec un effort volontaire, et alors qu'on devrait le dire, soit pour répondre à une question, soit par suite de toute autre exigence.

Ainsi défini, ce phénomène se rapporche du mensonge et de la dissimulation. Mais mentir, c'est dire volontairement une chose que l'on sait fausse, le mensonge c'est l'altération intentionnelle de la vérité (Le Senne). Le réticent n'est donc pas un menteur puisqu'il se borne à « ne pas dire ».

Quant à la dissimulation, elle consiste aussi à taire, mais avec une intention de tromper. « Dissimuler (dis : négatif, et simulare : faire paraître comme réel ce qui ne l'est pas), c'est feindre de ne pas avoir ce qu'on a réellement... Simuler, une maladie, c'est feindre de l'avoir : dissimuler une maladie,

c'est feindre de ne l'avoir pas » (Littré). Le réticent n'est donc pas un dissimulateur puisqu'il ne « feint » pas et se borne à rester sur la réserve.

Avec le mensonge et la dissimulation, la réticence représente un défaut de sincérité, mais, dans la réticence, ce défaut est caractérisé par l'abstention pure et simple. Ainsi, du moins, apparait-il à première vue, et l'expression la plus achevée de la réticence est alors le silence.

*
**

Cependant, en se référant à l'usage du terme, on découvre que dès le XVII[me] siècle, la Réticence est encore une « figure de rhétorique, sorte de prétérition, où, commençant l'expression de sa pensée, on s'arrête avant de l'avoir achevée » (Littré). « La réticence consiste à passer sous silence des pensées que l'on fait mieux connaître par ce silence que si l'on parlait ouvertement » (Dumars. Œuv. T. V. p. 286).

Dès lors, la réticence n'est plus envisagée comme un simple défaut de sincérité, un manque, elle constitue une « façon de parler », de faire entendre, et c'est cet aspect positif sur lequel nous aurons à insister en clinique.

En effet, si le mot réticence est en psychiatrie de pratique journalière, le sens en est souvent ambigu et sert à désigner des faits différents, aussi éloignés que la dissimulation et le négativisme.

Courbon[6] en a donné une courte étude dans le Journal de Psychologie normale et pathologique (15 mars 1921), et Bouyer[5] a écrit sa thèse sur ce sujet, (Paris 1920), soit bien longtemps après que le terme ait été utilisé en psychiatrie ; et depuis, la réticence

n'a fait l'objet, du moins en France, et à notre connaissance, d'aucun travail particulier. Pourtant, encore une fois, le psychiatre rencontre la réticence tous les jours, chez ses malades, et le mot peut être aujourd'hui considéré comme un terme technique de psychiatrie courante. Il importe donc d'en connaître le sens, la valeur et les limites.

« La réticence, en psychiatrie, peut se définir le silence volontaire d'un aliéné sur tout ou partie de son délire » (Courbon). En effet, c'est principalement dans les états délirants qu'on la rencontre et que nous aurons à l'étudier, pour en montrer d'une part l'intérêt positif, en tant que symptome qui, une fois reconnu, nous conduit directement au diagnostic, d'autre part, le danger, à la fois clinique, thérapeutique et médico-légal.

Le double aspect, en quelque sorte positif et négatif de la réticence a bien été perçu par les auteurs, sinon toujours mis en lumière. La réticence est en effet à la fois une « façon de se taire » et une « façon de parler » des délirants : « Le silence qui est assurément le meilleur bouclier contre la curiosité des autres peut devenir à l'occasion, un excellent instrument de communication avec eux. Il est des silences plus éloquents que les paroles. Aussi la réticence peut-elle servir aussi bien à cacher qu'à dévoiler ce qu'elle tait. C'est dans le premier sens que Voltaire écrivait : « La réticence sur des faits intéressants est impardonnable ». Et c'est dans le second qu'on a pu dire qu'elle faisait entendre beaucoup plus que le langage ne pourrait faire » (Courbon, p. 253).

Mettant l'accent sur l'aspect négatif, Régis[28] écrivait : « La plupart des persécutés sont au plus haut point des réticents. Certains, il est vrai, se complai-

sent à exhaler leurs plaintes, à faire entendre leurs protestations, soit verbalement, sur un ton généralement hautain et menaçant, soit graphiquement, sous forme d'écrits portant déjà les marques caractéristiques de l'état délirant et adressés à toutes les autorités. Mais le plus grand nombre se renferment en eux-même et ne laissent rien percer au dehors de leurs hallucinations et de leur déilere » (p. 478).

Insistant au contraire sur l'élément positif, De Clérambault[9] disait : « Certains silences ont comme un timbre que l'aliéniste doit connaître. S'ils ne suffisent pas à prouver que le sujet soit un délirant, ils suffisent à nous ôter le droit d'affirmer qu'il ne délire pas ».

⁂

Nous décrirons donc d'abord la réticence telle qu'elle se présente en clinique, et nous verrons que suivant les cas prédomine soit l'aspect négatif, la défense, et alors la démarcation peut apparaître difficile avec la dissimulation ; soit l'aspect positif, la « façon de parler », et alors la réticence apparait comme le mode d'expression adéquat à la pensée délirante elle-même.

Nous montrerons qu'il s'agit dans tous les cas d'un même « symptome », qu'il importe de situer dans un contexte clinique. Ce symtome est fait lui-même d'un ensemble d'indices plus ou moins pathognomoniques, qui permettent de soupçonner qu'un sujet est délirant.

Successivement nous décrirons : le ton de la réticence, son langage, ses attitudes, les témoignages indirects, Nous serons amenés, d'après les observations cliniques, à envisager les divers tableaux où se rencontre la réticence, des états maniaques et

mélancoliques aux délires paranoïdes, mais nous n'aurons en vue que le symptome envisagé et aucune préoccupation nosographique n'entrera en jeu.

Ayant affirmé son existence et montré que « c'est l'état mental sous-jacent qui importe », nous aurons à répondre des méhodes employées pour vaincre la réticence. Lever la réticence est en effet donner la meilleure preuve de son existence, et peut-être, peut-on dire, la seule valable.

Nous donnerons ensuite quelques diagnostics différentiels, distinguant réticence et dissimulation, opposition, négativisme, phénomènes autonomes que le terme de réticence ne saurait englober sans perdre toute significaiton.

Nous tenterons ensuite une description explicative des mécanismes psychologiques de la réticence et nous serons ainsi conduits à effleurer le problème général de la « Sincérité ». Les notions de véracité, de franchise, de cynisme ou de naïveté, d'expansion confiante ou de rétraction morbide nécessiteraient une étude caractérologique spéciale, mais nous essaierons de montrer que les conditions de la sincérité, résident dans un contact à la fois affectif et intellectuel adéquat entre le sujet et le milieu dans lequel il vit. Tout conflit entre le moi et ses conditions d'existence se traduira par un repliement générateur de réserve, et donnera lieu aux divers « artifices » grâce auxquels l'individu se sépare des autres et souvent aussi de lui-même. De la même manière tout conflit à l'intérieur même du moi, ou de la conscience, se traduit par la « résistance », phénomène bien connu des psychanalistes, et dont le mécanisme psychologique est analogue à celui de la réticence.

Dissimulation, Réticence, Résistance, trouvent ainsi un dénominateur commun, la « mauvaise foi »; ce sont des « conduites de mauvaise foi » (Sartre). L'analyse psychologique de la mauvaise foi rejoint en définitive la description clinique en montrant dans le phénomène de la réticence deux aspects : un effort de déguisement, de dissimulation, ou de refoulement, d'autre part un effort d'expression, de libération, sur un fonds d'anxiété créé par la conscience plus ou moins obscure de cette ambivalence.

Enfin nous consacrerons une part importante de ce travail à l'examen des conséquences pratiques et médico-légales. En effet le problème de la sortie des délirants peut être posé à propos de la réticence, et, pour donner une idée de la difficulté du problème, et des controverses qu'il peut engager, nous citerons deux positions particulièrement nettes et diamétralement opposées :

D'une part Raviart[27], s'adressant il est vrai à des journalistes, dépeint ainsi les réticents : « D'allure apparemment normale, ils s'en vont silencieux tout à la rumination d'actes criminels d'autant moins évitables qu'on en ignore jusqu'aux mobiles insensés ». Et ailleurs : « A l'encontre des seuls fous qu'admet le public et dont les réactions tapageuses conditionnent un placement rapide, alors qu'en réalité ils sont peu à craindre, les aliénés lucides, pseudo-lucides si vous voulez, massacrent leur famille entière, sèment l'épouvante dans toute une ville, non pas au cours d'un accès de folie comme vous l'écrivez toujours, mais froidement en conclusion logique et minutieusement préméditée de conceptions délirantes sans cesse présentes à leur esprit, élaborées depuis des mois, et bien souvent même des années, alors qu'ils n'ont presque pas

cessé de donner toutes les apparences de la lucidité d'esprit. »

A l'opposé, Koressios[15], dans un livre récent, a pu écrire : « La réticence peut être considérée comme une phase dans l'amélioration des délires » (p. 268), son obtention « provoquée » par le psychiatre prouve la persistance d'une « affectivité active » et « d'un certain raisonnement » : « Nous apprenons au malade à s'adapter à ses troubles, puis à les cacher... Le malade passe ensuite, insensiblement, aux phases de doute et de correction de son délire » (p. 372), ce qui permet sa sortie.

Il vaut donc la peine d'examiner attentivement ces « conduites de mauvaise foi » ou « apparences de la lucidité d'esprit » que l'on nomme souvent en clinique réticence.

••••••••

CHAPITRE I

Sémeiologie

Dès que l'on aborde la description sémeiologique de la réticence, on se heurte à une grave difficulté : l'impossibilité de séparer le symptôme du tableau clinique, de ses « intentions » et de sa signification.

L'acte de cacher, que désigne la réticence, revêt une **forme,** concerne un **objet,** obéit à des **motifs.** Il y a diverses façons de cacher ; on cache des idées, des sentiments, des faits ; cet acte procède d'intentions. Forme, contenu et mobile ne peuvent être séparés qu'arbitrairement et les classifications basées sur tel ou tel élément sont toujours plus ou moins artificielles.

Ainsi **Courbon** décrit la réticence selon ses mobiles, et il distingue :

— **la réticence défensive,** que le sujet emploie pour cacher ce qu'il pense ou ce qu'il ressent, et qui se divise elle-même en **réticence défensive critique,** c'est-à-dire « commandée par la personnalité valide », par le jugement supposé demeuré sain du malade, et **réticence défensive délirante,** c'est-à-dire « réslutant du délire lui-même ».

— **la réticence expansive,** « qui a pour but de faire entendre plus que ne le feraient des paroles »

et qui est une sorte de mouvement oratoire pouvant tre lui aussi « critique » ou « délirant ».

Puis il décrit divers types de réticence selon la forme : dédaigneuse, honteuse, mystificatrice, dilatoire...

Ces distinctions ont certes le mérite d'être claires et descriptives, mais aussi l'inconvénient d'être schématiques et de ne pas toujours correspondre aux données de la clinique. Ainsi la discrimination chez un même sujet de jugement valide et de jugement malade ne correspond pas aux données immédiates de l'examen, non plus d'ailleurs qu'à une analyse approfondie de la personnalité morbide.

Dans tous les cas la réticence se reconnait aux mêmes indices. Ces indices eux-mêmes (ironie, colère, négation...), comportent toujours un caractère affectif ou émotionnel et une forme de langage ou de comportement. Ils varient, s'intriquent selon le caractère propre du sujet, son niveau mental, le moment, le but à atteindre, la phase délirante, l'attitude et la qualité de l'interlocuteur, les sentiments qu'il inspire....

Ce qui permet de parler de réticence, c'est une dissonance, une dysharmonie entre ces éléments, qui fait que le clinicien reconnait d'abord « l'artifice » comme tel, en arrive à affirmer qu'il cache quelque chose, à soupçonner, et en dernier lieu à mettre en évidence ce quelque chose.

La réticence naît d'une disproportion entre l'expression d'un état mental et cet état lui-même ; c'est à l'insuffisance ou à l'exagération de cette expression qu'on la reconnaitra. Il manque des éléments à l'ensemble ou un lien entre les données de l'observation.

PARAGRAPHE I

LE TON AFFECTIF

Parmi les indices qui indiquent la réticence et éveillent l'attention du médecin, le ton affectif du langage et de la mimique sont parmi les plus importants. Le tonus affectif des malades soumis à notre examen est d'ailleurs habituellement reconnu en premier lieu ; souvent, il occupe le premier plan. Il est difficile, en effet, de donner le change sur son humeur, alors qu'il est relativement facile de le faire sur ses idées.

A)

Très souvent le tonus affectif est exagéré, le malade est **hypersthénique.**

L'examen de tels malades est hérissé de difficultés. Le médecin adopte-t-il une attitude trop douce, affable, il est rapidement submergé par un flot d'indignation et de reproches convaincants, de questions embarrassantes. Prend-il une attitude ferme, il se heurte soit à un mutisme hautain, soit à la colère.

Ce qui est important à noter ici, c'est le caractère convaincant de cette attitude, qui donne trop souvent le change aux profanes des choses de la psychiatrie, médecins ou juristes, et dont le timbre est pourtant si évocateur pour le psychiatre.

L'indignation est la réaction normale d'un individu accusé à tort. Le paranoïaque se considère toujours plus ou moins dans ce cas. Vient-il à être interné, cette attitude devient dominane. La colère est certes le procédé bien connu et maladroit des gens qui ont tort. Aussi rend-elle le psychiatre

méfiant, car c'est une réaction qui prête rarement à confusion et cadre avec le tempérament délirant habituel.

Le malade peut nier toute idée délirante, raisonner avec une logique irréprochable sur tous les sujets proposés, il le fait avec trop d'assurance, de persuasion, de véhémence même. En somme, en cachant l'aspect intellectuel de sa maladie, il nous en montre l'autre face, le côté affectif, il triche sur les idées, mais il est sincère sur le fond.

Dans ce cas, le problème médico-légal est fréquemment simplifié, la colère conserve son caractère d'indice de dangerosité, il n'en faut pas beaucoup plus pour justifier un maintien.

Rappelons simplement les composantes fondamentales du caractère paranoïaque classique, d'après **Régis.**

Un orgueil exacerbé, sur un fonds général de méfiance et une tendance revendicative : « Le caractère des persécutés est habituellement mauvais. Ils sont défiants, ombrageux, froids et durs dans leur accueil, secs et menaçants dans leurs paroles ; ils répondent impoliment aux questions qu'on leur adresse et, souvent, se bornent à prononcer ces phrases absolument caractéristiques : « Je n'ai rien à vous dire ; vous le savez mieux que moi », qui paraissent trahir l'idée qu'ils ont qu'on communique avec eux d'une manière occulte et que leur pensée est entendue.

Au reste, la plupart des persécutés sont au plus haut point des réticents. (**Régis,** Précis, 6me édition, p. 478.)

Ce ton affectif fait donc partie de la structure déliranet, et l'on dit que le malade est réticent par orgueil, soit que mégalomane tout à ses idées de

grandeur, il dédaigne en faire confidence, soit que délirant avéré, il ait eu des blessures d'amour-propre : incompréhension patente de l'entourage, des infirmiers, des médecins, railleries des autres malades. Il s'est replié sur lui-même, il a adopté une attitude hautaine, offensée, méprisante. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette explication, à la fois trop simple parce qu'elle oublie l'anxiété qui détermine souvent l'attitude de ces malades, et insuffisante parce qu'elle ne donne pas la raison d'une telle susceptibilité.

Un tel malade est bien un réticent, il cache quelque chose, mais il n'est pas un dissimulateur, et conserve son « dynanisme affectif morbide », caractère qu'il ne peut cacher et qui fait soupçonner en premier lieu une structure délirante.

C'est ce caractère qui entraîne une critique trop véhémente des faits, une passion exagérée à minimiser les troubles ou à éluder les questions, selon les modalités que nous étudierons avec le langage.

Les exemples d'hypersthénie abondent suffisamment dans tous les hôpitaux psychiatriques pour nous dispenser d'en apporter de nouvelles observations.

Au cours des **états maniaques,** caractérisés classiquement par l'euphorie expansive, il arrive cependant assez fréquemment que la fuite ds idées, la grandiloquence et l'aggressivité fassent place à un mutisme plus ou moins complet, à des réponses évasives, à des négations systématiques de tous les phénomènes morbides. La réticence des maniaques tient à leur malignité, à l'activité de jeu qui caractérise la maladie. Trop heureux de voir leur interlocuteur perplexe, ils vont prendre un malin plaisir à accroître cette perplexité, à le mystifier, et l'on

pourra rencontrer chez eux tous les types de réticence. Le malade qui était exhubérant, gesticulateur, mégalomane, brusquement se calme, se tait ou répond posément, ses réponses étant parfaitement adaptées.

Cependant, le clinicien ne s'y trompe guère, et le ton est trop contenu, l'ironie trop enjouée, les gestes sont trop démonstratifs pour offrir de sérieuses difficulés de diagnostic. D'ailleurs le critère du temps est rapidement décisif et au bout de quelques minutes ou quelques heures, l'excitation psychique reprend rapidement ses exigences.

Ces épisodes de réticence, très brefs dans les cas de « Manie Aigue », se rencontrent également dans certaines formes de « Manie Chronique ».

B)

L'hypersthénie et la subexcitation psychique ne sont pas cependant une condition nécessaire de la réticence, et à côté de sujets se présentant en état d'expansion plus ou moins hypomaniaque, on doit aussi se méfier de bien des états dépressifs.

La réticence est soupçonnée ici d'après les caractères opposés aux indices précédents.

Le malade est triste, concentré. La dépression est encore une réaction normale chez un sujet accusé à tort, et les réponses nous paraissent lucides, convaincantes. « Pourquoi suis-je là ? Qu'est-ce que j'ai fait ? Pourquoi ces questions ? »

Encore une fois, le tonus affectif est anormal, il faut poursuivre l'examen, gagner la confiance du malade ; on arrivera ainsi aux idées d'auto-accusation, d'indignité, de persécution, de dépersonnalisation qui feront faire le diagnostic, dicteront la thérapeutique.

Le mélancolique se livre en général à une rumination mentale au cours de laquelle des faits passés de sa vie lui apparaissent sous un jour nouveau, à base de culpabilité. Un souvenir se charge ainsi d'un coefficient affectif spécial qui en fait une idée délirante, en général auto-accusatrice. Le malade croit avoir commis des crimes abominables, et les tait, tant il en a honte. Il les tait d'autant plus qu'il s'imagine que tout le monde est au courant et qu'il est inutile qu'il divulgue lui-même ses méfaits.

Culpabilité et sentiment d'une connaissance préalable chez autrui sont donc à la base de cette réticence, qui donne souvent à l'examen de tels malades un caractère très pénible. Comme les délirants, les mélancoliques se réfugient dans les sous-entendus, et l'on entend couramment les phrases pathognomoniques de la réticence : « Vous le savez bien ; Vous le savez mieux que moi ; A quoi bon ces questions ?... » En plus, nous avons ici le faciès atone, l'attitude morne, accablée, l'inhibition psychique.

Du point de vue pratique, la maladie est évidente ; il n'est pas besoin de l'aveu d'idées délirantes d'auto-accusation ou de suicide pour comprendre la nécessité de soigner ces malades ; mais l'intérêt clinique en est évident ; on ne peut agir efficacement qu'en connaissance de cause. L'échec des thérapeutiques biologiques ou de choc est dû dans bien des cas à cette méconnaissance de la participation nécessaire du médecin et du malade.

Voici quelques exemples qui montrent comment les réponses évasives des mélancoliques recouvrent à la fois l'anxiété et le sentiment d'impuissance et de culpabilité né du conflit entre les tendances caractéristiques de la maladie et les sentiments éthiques préalables du sujet.

EXEMPLE N° 1

(Personnel, service du Docteur Rondepierre)

Madame Bre. 68 ans.

Mélancolie anxieuse et délirante. A voulu se jeter dans un puits. Insomnie. Pas d'affaiblissement intellectuel. Réticence sur les idées délirantes.

En tenant compte de la concentration douloureuse et de la lenteur consécutive de l'idéation, on arrive par bribes à obtenir ces idées délirantes.

Pourquoi avez-vous voulu vous jeter dans un puits ?

— ...Je ne sais pas.

En réalité, le raisonnement, que nous avons pu reconstruire, était le suivant : « J'étais triste, j'étais persuadée d'être à la charge de mes filles, d'être malade, de sentir mauvais, etc... aussi j'ai voulu disparaître... et cependant, je sais que cela aurait fait beaucoup de peine à mes filles, que le suicide est condamné formellement, que d'ailleurs, je n'ai **aucune raison** d'être triste, c'est pourquoi je dis : je ne sais pas. »

De même pour tout le reste du dialogue ; la réticence est directement sous-tendue par l'anxiété.

« Je suis honteuse... je n'ose plus me présenter... c'est honteux pour mes enfants... je sens que c'est la fin pour moi, je ne sais pas ce qui va m'arriver, mais je sais bien que c'est fini pour moi... Mes yeux rentrent dans ma tête et mes intestins se resserrent... c'est une angoisse terrible que j'ai... je serre les dents pour ne pas trop respirer... vous cherchez la fin... ce n'est plus la peine de s'occuper de moi... »

Tout le comportement est commandé par ces idées délirantes que l'on n'obtient qu'avec une grande patience. Le malade s'isole, évite le contact avec les autres, avec leurs objets, etc...

EXEMPLE N° 2

(Personnel, service du Docteur Rondepierre)

Madame Bez... 48 ans.

A l'entrée, état mélancolique, tristesse, découragement, asthénie, insomnie, amaigrissement.

La malade s'exprime lentement, à mots couverts, ne répond pas à toutes les questions. Son attitude exprime la tristesse, mais aussi l'anxiété. Cette anxiété est en rapport avec des idées que la malade cherche à retenir.

Au bout d'un certain temps d'examen, sa perplexité s'accroit, et nous obtenons, par bribes, les idées délirantes.

Elles sont de plusieurs types : indignité, culpabilité, influence. Mais tout vient sans ordre, avec des inhibitions, des pleurs.

« J'ai fait des choses que je n'aurais pas dû faire... Vous le savez ce que j'ai fait... je l'ai mérité, c'est juste. Je veux demander pardon pour tout ce que j'ai dit... je ne me rendais pas compte... je suis le jouet de mes nerfs...

On ne peut pas préciser davantage.

Le lendemain, nouvel examen, même réticence, mêmes difficultés au début ; puis nous en obtenons davantage : « J'ai entendu parler de photographies, à l'usine, des phrases qu'elles se renvoyaient l'une à l'autre. Je suppose que ça me concernait... J'en suis parvenue à croire qu'on était entré chez moi et qu'on m'avait photographiée... pendant que je faisais ma toilette...

Plus tard, aveu d'idées de suicide.

Un traitement rapide mit fin simultanément à l'état mélancolique, à la réticence, aux idées délirantes .C'est à dire que nous pûmes constater chez cette malade un parallélisme étroit entre ces divers phénomènes.

La réticence des mélancoliques porte en général surtout sur les idées de suicide ; cela, non seulement en consultation et à l'entrée, mais aussi en cours de traitement et après les thérapeutiques de choc. Ceci se comprend facilement si l'on admet que ces idées de suicide représentent la réalisation de la culpabilité du malade, culpabilité autopunitive ou agressive. La réticence naît d'une part du conflit interne, du désir inconscient de revalorisation de soi, de réhabilitation, ou de destruction du sujet haï auquel le moi s'identifie, et d'autre part, du conflit de situation, le suicide représentant une faute morale et religieuse grave, condamnée par la société.

Le danger est d'autant plus grand de méconnaître ces idées que fréquemment le malade parait plus détendu, à mesure que son projet mûrit et que les préparatifs en sont minutieusement arrêtés. La moindre trace d'anxiété doit donc être dépistée chez

les mélancoliques, et les conflits doivent être autant que possible liquidés avant la sortie.

Enfin, dans le cortège des états dépressifs, le syndrome de Cotard confine souvent aux phénomènes de réticence. Ce syndrome représente la scotomisation complète d'éléments de la personnalité, stade ultime de la méconnaissance systématique.

Dans le cadre des états dépressifs, la réticence est fréquente chez les psychasthéniques obsédés. Le malade cache son obsession par pudeur, honte ou superstition. Quel que soit le motif, la guérison est subordonnée à la découverte des obsessions, de toutes les obsessions ; aussi c'est au médecin de deviner, à la gêne du malade, qu'il cache quelque chose. L'obsédé se plaint de maux divers, en réclame le soulagement, mais le terrain des obsessions revêt souvent pour lui une sorte de tabou, il ne veut pas en parler.

EXEMPLE N° 3
(Personnel, service du Docteur Rondepierre)

Madame B... Paulette, 26 ans.

Entrée pour des « crises » anxieuses avec oppression, sensation d'inhibition motrice complète et de mort imminente.

Père et mère morts très jeunes, bacillaires, deux grand-tantes mortes internées, une sœur bacillaire.

Très prolixe au sujet de ses « crises », la malade est réticente dès qu'on essaie de pénétrer son psychisme plus intime. Peu à peu cependant, elle avoue des obsessions : chez elle, elle regardait sous les lits, allait vérifier la fermeture des portes, des robinets, etc...

La Psychothérapie et les traitements habituels n'amènent aucune amélioration. La malade pleure fréquemment, découragée ; on craint des idées de suicide. Echec de l'électro-choc. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines, que mise en confiance, et sous narcose, elle avoue son obsession principale qui est de faire du mal à son enfant et à son mari, principalement pendant leur sommeil. Cela dure

depuis des années. Elle cache les ciseaux, les couteaux... mais « cette idée submerge, dit-elle, j'étouffe... »

A partir de ce moment, les progrès ont été rapides, et la malade a pu sortir guérie au bout de trois mois.

EXEMPLE N° 4

(Personnel, service du Docteur Rondepierre)

Madame Bon... 36 ans.

Entrée en novembre 1947 pour un état dépressif atypique avec anxiété, quelques idées de persécution, trois tentatives de suicide (gaz, noyade, défénestration).

A l'entrée, les éléments dominants sont la tristesse et l'anxiété. La malade proteste comme si on l'accusait : « Je ne suis pas responsable de la mort de ma petite fille, je ne l'ai pas tuée... » Les gens se moquent d'elle, ils disent sur son passage : « La voilà la plus belle » et les journaux parlent de la « jolie espionne blonde ». Ce ne peut être qu'elle, puisqu'elle est blonde. Toutes ces idées paraissent ainsi du type auto-accusateur.

Cependant, aux examens suivants, l'automatisme mental est plus évident et les idées délirantes sont plus explicites : sa petite fille n'est pas morte et elle la retrouvera, elle lui parle et lui répète « ne t'en fais pas maman ». C'est le médecin qui voulait empoisonner l'enfant. Son mari veut se débarrasser d'elle, aussi elle ne retournera pas chez lui. Ses voisins la calomnient et la méprisent, disant qu'elle a causé aux Allemands. Elle n'a pas voulu se tuer, mais était sous une influence qu'elle s'explique mal.

Peu à peu les éléments dépressifs s'estompent, et la malade oppose une réticence souriante aux examens suivants. Elle dit aux infirmières : « Pour sortir d'ici, il faut dire comme les médecins », à son mari, que nous l'avons déclarée guérie, et à nous, que son mari veut absolument qu'elle retourne à la maison. Ce n'est que par de longues conversations (et de longs silences) que nous pouvons gagner sa confiance, et retrouver la génèse des idées délirantes que nous connaissions : elle avait indiqué leur chemin à des Allemands, un jour dans son village, de là l'idée qu'on l'accusait d'être une espionne, car elle en avait eu honte...

Ce n'est cependant qu'après de longs efforts, qu'un beau jour, elle nous a avoué que depuis des années, elle avait des obsessions, en particulier peur d'empoisonner ses enfants, et de se tuer (elle avait vécu avec une tante qui s'était suicidée, et son père était mort rapidement dans des circonstances mal élucidées au cours d'une affection mentale aigue). Fatiguée de ses obsessions, accrues par une mésen-

tente sexuelle avec son mari, elle avait décidé de se tuer. Le mari complétait encore nos renseignement en précisant les phénomènes hallucinatoires qu'il avait reconnus et cela à plusieurs reprises, depuis des années : les assiettes lui parlaient, elle voyait son père mort, des squelettes...

La réticence sur les hallucinations fut la plus difficile à vaincre ; la malade en avait toujours quand elle est sortie, alors que son comportement était très satisfaisant depuis plusieurs mois, et la guérison (?) se maintient depuis plus d'un an.

Ainsi les « délires hyposthéniques de structure obsessionnelle » (**Ch. Nodet**), présentent une forme de réticence ou de résistance particulière ; ici ce n'est plus l'agressivité qui nous met sur la voie, mais l'hyposthénie elle-même.

PARAGRAPHE II

LE LANGAGE

Le langage des réticents est en rapport direct avec l'attitude affective que nous venons de voir, et s'accompagne de la mimique et du comportement que nous décrirons ensuite.

Son étude est cependant très féconde en elle-même car c'est dans le langage, expression des idées et des sentiments, que se révèle le malaise, la résistance, la dissonance entre ce que le malade nous dit et ce qu'il pense, ou ce qu'il voudrait que nous comprenions.

« Il n'y a pas entre les paroles, l'attitude et les circonstances, cette harmonie parfaite qui suffit par elle-même à convaincre de la sincérité de celui que l'on observe » (**Courbon**, p. 260).

Les caractères principaux à observer sont : le choix des mots, la forme du débit, l'intonation, la rigueur de la logique.

Sur le **choix des mots**, l'emploi de mots précieux, de néologismes, sont suffisamment caractéristiques des structures délirantes pour que nous ayons à insister longuement. Après les travaux de **Seglas**[10], la thèse de **Teulie**[14], les études de **Lagache**, entre autres, on sait aujourd'hui reconnaître l'idée délirante derrière le langage néologique.

La **forme du débit** est habituellement lente, les réponses sont calculées, trop claires ou trop embarrassées, le discours est entrecoupé de silences « éloquents », de « sous-entendus ».

Il faut évidemment guetter les contradictions. Dans d'autres cas cependant, c'est la logorrhée, l'expansivité débonnaire, les disgressions qui revêtent un caractère insolite. **De Clerambault** appelle cette dernière forme la **réticence prolixe.**

L'intonation est au plus haut point révélatrice, et de l'état affectif de l'individu qui parle, de son humeur, et de son caractère en général. C'est là le timbre qu'il faut savoir reconnaître, celui dont parle **De Clerambault.** C'est l'intonation qui caractérise la réticence expansive de **Courbon** ; « La réticence expansive est celle qui a pour but de faire entendre plus que ne le feraient les paroles. Elle a pour caractère d'être toujours intentionnellement signalée d'une façon quelconque (intonation, jeux de physionomie ou geste) par le réticent lui-même ». (**Courbon,** p. 262).

Dans le discours lui-même enfin, viennent s'insérer des **phrases pathognomoniques,** signant l'automatisme mental et caractéristiques de l'état de conscience de bien des délirants. L'examen médical

leur apparaît comme artificiel, un jeu ou une fantasmagorie ; ils sont persuadés que l'interlocuteur sait tout, puisque « tout le monde en parle » et ne voient pas dès lors l'intérêt de la conversation. Ceci s'exprime dans les **sous-entendus** et ce que nous appellerons **les phrases de connivence** : « Vous le savez mieux que moi », « à quoi bon ces questions ? », « j'en ai trop dit », phrases « qui en disent long » : « Vous me comprenez... », « Je n'ai pas besoin de vous en dire plus... », etc... Tout cela traduit bien l'état d'esprit du malade, le sentiment de prise de sa pensée et d'effraction de sa conscience. Le corollaire mimique consiste en « regards complices », sourires « entendus », clins d'œil « éloquents », murmures, jeux de physionomie, gestes « évocateurs »...

Nous donnerons un exemple de ce langage, qu'il nous a été donné d'entendre dans des circonstances où se trouvaient réunies les conditions optima de la réticence :

EXEMPLE N° 5
(Personnel)

M. G. Maurice, 30 ans.

Ajusteur, marié, père d'un enfant ; aucun antécédent psychopathique, héréditaire ou personnel.

Ce malade fut amené à l'hôpital intercommunal de M... par la police qui l'avait trouvé écroulé dans la rue, à la suite de l'absorption de 24 comprimés d'aspirine.

A l'hôpital, le malade fut enfermé pendant 5 jours, seul, privé de ses vêtements, sans lecture ni distraction d'aucune sorte.

Quant nous le voyons, l'abord est poli, mais froid. G... est un sujet de stature moyenne, de type rétracté ; son visage est fermé, ses traits peu mobiles, mais son regard est vif.

Comprenant d'emblée la portée de l'examen qu'il va subir, G... nous affirme qu'il a tout oublié de la soirée où la police l'a recueilli, qu'il ne comprend pas ce qui s'est

passé, et qu'il faut qu'il sorte ». Il nous donnera des explications après (« Je vous donnerai de plus amples détails bientôt, quand je serai sorti... »). Il refuse absolument de nous donner des renseignements sur **ce qui dure depuis 4 mois,** et aucune logique ne peut venir à bout de ce refus. Nous tentons en vain de lui démontrer que c'est justement pour lui permettre de sortir que nous essayons avec lui de comprendre ce qui a pu se passer. Invariablement il répond : « Quand je serai sorti...., ça regarde surtout moi »... « Je ne vous dirai rien, ça ne changerait rien ; arrivé au **point critique,** je ne réponds plus:.. J'ai cherché à écourter mes jours parce que je souffrais trop, mais je ne peux pas dire **maintenant** pourquoi. Actuellement je suis revenu au même point que mardi soir » (jour de la tentative de suicide).

En vain, le faisons-nous parler longuement de sa famille, de son passé personnel, toutes les réponses sont correctes, adaptées, mais neutres, limitées aux faits. Le ton est contenu, mesuré, et dès que nous revenons à la **question,** c'est le refus poli et catégorique. Nos arguments n'ont pas plus d'efficacité que les longs silences où nous attendons en vain un épanchement spontané. Quand nous nous taisons, G... se tait également, son regard est ailleurs.

Au bout d'une heure d'entretien, nous tentons le narcodiagnostic par le Nesdonal. G... comprend immédiatement de quoi il s'agit, essaie de nous disssuader, puis se prête à l'injection, en disant : « Vous pouvez me faire ce que vous voudrez, je ne parlerai pas ».

L'endormissement ne provoque aucune réaction, le sommeil est calme. Au réveil, la réticence est la même, cependant les préoccupations du malade se font jour, indirectement : « En étudiant la **question vitale** je me mettrai dans le droit chemin, et je résoudrai la question... C'est **inexplicite...** Au point où j'en suis je peux faire n'importe quoi. Réussir ou Mourir... ça ne regarde que moi... La médecine est impuissante... C'est pas moi qui commande, c'est **pas moi proprement...** C'est **devenu obsessif...** C'est **à mots couverts** que je vous parle, vous êtes un intellectuel et vous pourrez en déduire quelque chose. **Je vais lâcher quelque chose** : Il y a des **symptômes qui tracent le destin,** mais la raison revient toujours, ce n'est pas une maladie, à moins qu'on veuille appeler çà une maladie... Je ne suis pas instruit mais je suis intelligent, **je sais ce qui se passe...** »

Ce récit est significatif d'une réticence très serrée. Les effets de la narcose se dissipant, nous ne pûmes qu'ob-

tenir la confirmation d'une tendance interprétative et la quasi certitude d'un automatisme mental : « Tout le monde est au courant, je l'ai remarqué à l'attitude, aux changements de conversation. Je ne suis pas satisfait de çà... Le moindre détail me donne une opinion. Je ne veux pas être prétentieux, mais je réalise... » Vient ensuite l'affirmation d'un autodidactisme ancien et de tendances hypocondriaques ; « Il y a beaucoup plus de doutes, d'accrocs dans la Médecine que dans la Chirurgie. Le jour où on trouvera ce qu'il y a dans la tête d'un type, c'est pas pour aujourd'hui... J'ai passé des radios du foie, des intestins, des poumons, je n'ai rien. Pourtant j'ai des douleurs de la **région lombaire : on pourrait supposer du mal de Pott...** On ne connaît pas l'origine du rhumatisme... D'ailleurs je suis en parfaite santé, à part mon rhumatisme qui voyage, tantôt dans les côtes, dans les jambes, et il n'y a rien à prendre pour çà... »

Cet examen d'environ deux heures et malgré la narcose ne nous a donc pas permis de mettre en évidence une seule idée franchement délirante, mais tout dans cet examen suggère le délire. Nous n'avons pu revoir ce malade ni avoir des renseignements sur lui, mais son langage est le type même du langage des réticents, et les conditions de l'examen les plus favorables à l'apparition de la réticence : Séquestration préalable, atmosphère policière, narcose après un contact insuffisant...

Voyons maintenant quels sont les principaux « artifices » de langage utilisés par les réticents, sur lesquels **Courbon** insiste tout spécialement.

a) La Négation :

Le malade nie purement et simplement les actes ou les propos délirants qu'on lui prête. Il se comporte comme un prévenu en face du juge d'instruction. C'est au médecin de dissiper le malaise, de capter la confiance, c'est à l'enquête d'établir des faits.

Cette attitude, qui témoigne le plus souvent d'une mauvaise critique des faits, et méconnaît l'absurde de la situation, est le propre de sujets à niveau intellectuel assez fruste, à intelligence bornée. Une certaine anxiété est toujours sous-jacente et un

contact confiant et des examens répétés ne tardent pas à remettre toutes choses en place.

Très voisin de la négaion est le mensonge, le malade donnant des faits, des explications plus ou moins plausibles, plus ou moins fantaisistes ou plus ou moins vraisemblables. Ainsi, un halluciné surpris à discuter avec ses voix prétend qu'il a l'habitude de parler seul. Dans de tels cas, il importe de ne pas poser directemnt au malade les questions classiques qui viennent à l'esprit au cours de l'examen des délirants ; Qui ? Quand ? Pourquoi ? Comment ? etc... Il faut que les réponses se dégagent spontanément de la conversation.

La négation correspond souvent à un **changement d'attitude**, changement qui doit faire suspecter une véritable dissimulation, quand il est trop brusque.

Ayant affrmé la veille certaines idées, un malade les nie le lendemain, il devient réticent par suite d'un **ordre hallucinatoire.** Parlant avec le médecin et affirmant son délire il peut se taire brusquement car une personne est entrée en qui il reconnaît un de ses persécuteurs. Il se ferme, il n'extériorise plus rien ; son attitude a changé brusquement, soit qu'il écoute, soit qu'il se méfie.

Quand on n'assiste pas au changement lui-même et si la nouvelle attitude devient persistante, le diagnostic est souvent délicat.

Fribourg-Blanc[13] (Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de 1931) en rapporte une observation où il s'agissait de dépister une fausse déclaration de simulation, dictée par une hallucination :

EXEMPLE N° 6
(Résumé d'après Fribourg-Blanc)

Madame X... est transportée de Sainte-Anne à Ville-Evrard, en janvier 1910, avec le certificat suivant de **Dupré.**

« Débilité mentale avec idées délirantes de persécution, de grandeur et de possession à teinte mystique, avec hallucinations olfactives, visuelles, auditives, psychomotrices communes et verbales ; troubles de la sensibilité générale et génitale. Elle est enceinte de l'Homme-Dieu d'une grossesse éternelle, etc... Visions de la Sainte-Vierge, de Jeanne-d'Arc, de son enfant mort il y a un an. Illusions et interprétations morbides. Réactions extravagantes et désordonnées. »

Dès le début de son examen à Ville-Evrard, Madame X... déclare « en avoir assez de passer pour folle », qu'elle a peur du milieu où elle se trouve et qu'elle est « bien punie d'avoir joué la comédie ». Elle raconte alors son histoire et dit qu'elle va avouer la raison pour laquelle elle a simulé la folie :

Depuis 9 ans, dit-elle, elle vit avec un alcoolique âgé, incapable de rapports sexuels. Il y a trois mois, elle l'a trompé avec un ami, et, ne voyant pas revenir ses règles, elle s'est crue enceinte. Elle a eu peur des brutalités de l'homme avec lequel elle vit et comme elle est très pieuse, elle a résolu de simuler la folie en s'inspirant de l'idée de la Sainte-Vierge.

En présence de ces faits, le docteur **Leroy** admit que cette femme avait pu simuler...

Cependant, trois mois après, la malade recommença à extérioriser ses idées délirantes.

« C'est alors, dit M. Leroy, que nous avons pu savoir qu'elle avait agi sous l'influence d'hallucinations impératives, auditives, verbales et psycho-motrices et que nous avions affaire à une démente paranoïde : « Quand je suis venue, dit la malade, nier devant les docteurs que j'étais enceinte du Christ, c'est que les voix me défendaient de le dire. C'étaient les voix de l'archevêque de Paris, des cures de P... et L..., qui causaient à mes oreilles aussi bien que dans la tête, le gosier et l'estomac... »

b) L'Echappatoire.

Le malade ne veut pas parler de ses idées délirantes, mais il ne veut pas non plus mentir ouverte-

mnt ; il élude donc la question et détourne la conversation avec l'habileté dont il est capable. Il feint de ne pas comprendre le sens de certaines demandes ou répond systématiquement à côté. Il suffit alors en général de l'interroger simplement et clairement pour que la supercherie apparaisse évidente.

c) Le Doute ou l'Interrogation.

Les faits sont admis, mais le sujet leur découvre plusieurs explications, dont l'une est l'explication délirante, et il les présente comme autant de possibilités entre lesquelles il ne peut choisir, dit-il. Ceci est à la fois un moyen de cacher et de convaincre. Le malade espère bien que le médecin reconnaîtra lui-même la bonne explication, celle qui cadre avec le reste, c'est-à-dire avec le délire. Souvent, pour renforcer la démonstration, c'est la seule raison que le sujet croit bonne qui est omise, soit qu'il veuille la faire oublier, soit qu'il cherche au contraire à la suggérer :

EXEMPLE N° 7
(cité par **Courbon**)

Un secrétaire de mairie qui se croyait interné de par la volonté de sa femme, envers laquelle il avait systématisé un parfait délire de persécution et qu'il rouait de coups, affectait à l'asile d'avoir pour elle les meilleurs sentiments. « Elle a toujours été si bonne pour moi, disait-il, qu'elle n'a pu avoir que les meilleures intentions en me mettant à l'asile, mais je ne vois pas bien lesquelles. Est-ce pour m'épagner les fatigues de l'été ? à moins que ce ne soit pour m'éviter le surmenage et les dangers de la campagne électorale ? ou bien a-t-elle voulu me soustraire aux corvées d'une période de 28 jours ? Est-ce pour autre chose ? Je l'ignore. En tout cas, son but était excellent si son procédé fut maladroit. »

EXEMPLE N° 8
(Personnel)

Un de nos malades qui présentait un délire d'interprétation et de persécution nous racontait qu'un jour, durant

la guerre, le camion qu'il conduisait avait eu une panne : « une pièce s'était cassée, juste au moment où le camion franchissait un passage à niveau, et le train allait arriver. Il fallut les efforts conjugués de tous les gens qui étaient là pour débarrasser la voie à temps. « Comment expliquez-vous celà, me demandait-il ? Quant à moi, je n'y comprends rien. » Il ne doutait pas, en réalité, que ses persécuteurs aient voulu le faire écraser, lui et son camion, mais il voulait que nous arrivions nous-même à cette conclusion.

Même lorsqu'il parle avec aisance, le malade paraît vouloir faire admettre son délire progressivement. Comme un bon orateur il a le souci de ses effets, et d'une apparence de rigueur logique dans son argumentation. Doute et interrogation interviennent dans le discours à ces divers titres.

Dans certains cas, ayant laissé échapper une idée, le malade s'arrête, pour juger de l'effet produit. Avant d'aller plus loin, il recherche l'encouragement, l'assentiment. Il veut voir les réactions de l'interlocuteur, pour y subordonner sa conduite ultérieure. Il est bien « expansif », mais il n'en reste pas moins constamment sur la défensive, il « tâte le terrain » (Courbon). C'est la réticence circonspecte, exploratrice ou insinuante. Avec quelqu'un qui paraîtra d'emblée comprendre, sympathiser, ce malade ne sera nullement réticent ; avec quelqu'un qui semblera incrédule, il ne tardera pas à se replier sur lui-même.

Dans d'autres cas, le doute dans le discours est l'expression directe de la perplexité inhérente à l'état de conscience du malade. Il a le sentiment de vivre une expérience peu communicable, ce qu'il ressent est confus, inexprimable, il le sent plus qu'il ne le pense, il cherche des mots pour traduire son état d'esprit, avec le sentiment obscur de son incapacité d'expression d'une part, et de notre impossibilité de compréhension d'autre part.

Forme et contenu du délire ont toujours un rapport direct et le délire de supposition de Sérieux et Capgras, le délire interrogatif de Sérieux et X. Abely illustrent bien ce phénomène. Nous reviendrons sur ce point important du conditionnement de la réticence par la structure délirante elle-même.

Retenons que ceci se traduit dans le langage par les pauses, les insinuations, les sous-entendus, les phrases interrogatives.

d) L'Ironie et la Résipiscence.

Le malade sourit d'un air supérieur à l'énoncé des faits ou même des idées délirantes qu'il affirmait naguère avec véhémence. Certains en rient comme d'une bonne plaisanterie qu'ils ont faite à un moment, mais qui a assez duré. Les plus intelligents en parlent comme d'un phénomène pathologique, mais révolu : « Fallait-il que je sois malade pour dire une chose aussi absurde et ridicule. Mais grâce à vos bons soins, c'est bien fini, j'en ris aujourd'hui ». Tout en reconnaissant les avoir affirmées, ils se moquent des idées qu'on leur prête, en les rejettant.

L'association de ces deux procédés pose de graves problèmes. En effet, il peut s'agir d'une autocritique authentique chez un sujet guéri, mais il s'agit souvent aussi d'une dissimulation véritable et très habile.

e) La Restriction mentale et la Casuistique.

Le malade reprend les faits ou les idées délirantes, mais les édulcore en ajoutant certains éléments qu'il prétend avoir omis ou mal explicités, et qui dénaturent le sens des actes ou des paroles

précédentes. Sa dialectique est plus ou moins serrée, et plus ou moins habile ; il est rare qu'il puisse s'y tenir indéfiniment sans se contredire ou sans varier ses inventions.

On pourrait ainsi multiplier les formes de la réticence selon les combinaisons de l'état affectif et du langage, et décrire la réticence prolixe hypersthénique, négatrice, coléreuse, ironique amère, interrogatrice déprimée, dédaigneuse, etc., etc..., tant il est vrai que ni le ton, ni la forme ne sont vraiment spécifiques. Ils ne le sont que dans un cas donné et pour un temps donné. Ce que l'observateur doit rechercher, ce sont ces dysharmonies, ces sous-entendus, ces discordances, par quoi le malade révèle qu'il y a autre chose.

L'étude de la mimique va nous permettre de mettre ceci tout à fait en évidence.

Auparavant, disons un mot des **Ecrits** :

Les malades confient souvent au papier ce qu'ils ne veulent pas dire. Raviart cite le cas d'un étudiant en médecine, licencié ès Sciences, très cultivé, extrêmement réticent au cours des conversations et qui écrivait quotidiennement à sa mère des lettres parfaitement délirantes, dans lesquelles tous les faits de sa vie à l'hôpital et ceux lus dans le journal étaient interprétés et intégrés au délire. « Il les savait lues par nous, cependant, puisqu'il les remettait non cachetées, et c'est là encore une preuve de la défaillance de son jugement. » En effet, le fait n'est pas rare de voir des malades délirer ouvertement par écrit, et être très réticents au cours des conversaions. Il importe d'ailleurs de faciliter toujours aux malades mentaux les moyens d'écrire, et l'étude des écrits fait toujours partie d'une bonne observation.

PARAGRAPHE III

ATTITUDES ET TEMOIGNAGES INDIRECTS

Comme le langage et peut-être plus que lui, l'attitude et la mimique traduisent les réactions affectives d'un individu, son « état d'âme », et cela souvent malgré lui. Aussi leur observation attentive a-t-elle une part importante dans le diagnostic de la réticence, comme elle en a dans le dépistage de la simulation.

Une dysharmonie particulière entre le langage et l'expression de l'émotion qu'il suppose, des phrases banales qu'accompagnent des gestes véhéments, difficilement contrôlés, des protestations de sincérité en même temps que des regards fuyants, un sourire forcé, une mine contrainte, font d'emblée soupçonner l'inadaptation de la pensée et de son expression, un décalage entre le « parlé » et le « senti ».

Dans d'autres cas, c'est une disproportion beaucoup plus marquée, un véritable dédoublement du comportement qui éveillent l'attention. Ainsi, le malade qui prétendait parler tout seul, se livrait en réalité au moment où on l'observait à une mimique tour à tour expectative, comme quelqu'un qui écoute, puis violente et irritée, comme quelqu'un qui répond à des injures.

Il faut donc savoir reconnaître ces rires forcés, ces indifférences jouées, l'éclat du regard, le jeu des muscles du visage, tous les jeux de physionomie.

Les changements d'attitude d'un jour à l'autre ont la même signification dans le temps que les discordances dans le moment. Ainsi la succession

de phases d'amimie ou insuffisance d'expression, et de périodes d'hypermimie, traduisent bien l'artificiel et l'instable du comportement délirant.

Il est intéressant également de savoir comment se comporte le malade lorsqu'il est seul et de comparer les attitudes spontanées, souvent bien observées par les infirmiers, et la mimique pendant l'examen. Un malade qui, lorsqu'il se croit seul, prête l'oreille, flaire ses aliments, est probablement halluciné.

Dromard [10], dans son étude de « la Mimique chez les Aliénés », distingue la mimique de la réticence et la mimique du délire : « C'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui met sur la voie de la réalité. En présence de certains sujets, on déclare de bonne heure : « Cet homme nous cache quelque chose... il ne dit certainement pas tout... ». C'est sa mimique de réticence qui nous a guidé ; c'est elle qui nous a laissé supposer que la pensée du malade va certainement au delà de ses paroles et c'est elle qui nous invite à chercher plus loin ou à nous tenir en éveil tout au moins. Dans d'autres cas, rien ne révèle au premier abord la contention volontaire d'une idée quelconque, le parti-pris de ne rien livrer, de ne rien extérioriser ; mais le visage prend des expressions variées, ou bien un mouvement de la tête, un hochement de l'épaule, nous prévient que le malade se trouve en relation avec un interlocuteur imaginaire. C'est sa mimique de délire qui devient révélatrice des modifications émotionnelles dont il est l'objet. » (P. 272.)

En fait cette distinction n'est pas toujours très facile, ni très juste. Dans tous les cas, ce sont les fuites de l'état émotionnel que saisit l'observateur et ce n'est qu'ensuite qu'il peut les rattacher à

la dissimulation, à la réticence ou au délire. Une phrase de Dromard lui-même est significative à ce sujet : « Il peut être permis à l'observateur, écrit-il, d'entrer d'une façon plus directe dans l'intimité de l'aliéné dissimulateur, en cherchant au travers des actes mimiques dont la réticence est seule responsable, des expressions plus directes de l'activité délirante elle-même. Ces expressions, il les surprend surtout dans ce qu'on pourrait appeler la mimique hallucinatoire. » (Id. p. 276.)

On voit là, malgré le souci de l'auteur de distinguer réticence et activité délirante, la fragilité de ces barrières pour le clinicien qui ne trouve en face de lui, qu'une personne globale, dont certaines pensées ou états d'âme sont difficiles à saisir, mais qu'il peut soupçonner.

*
**

La réticence est donc reconnue soit au caractère insolite du ton affectif, soit à la « fausseté » du langage, soit à l'étrangeté des attitudes. Mais il arrive aussi que l'examen physique ou les témoignages d'autrui donnent l'éveil et orientent les recherches.

Ces indices indirects des délires témoignent de la nécessité d'examiner complètement les malades et d'utiliser toujours, en matière de maladies mentales, diverses voies d'abord.

Nous rappellerons sans insister l'intérêt de la tenue de ces malades, souvent recherchée, originale à l'excès. Les vêtements portent déjà la marque d'un état délirant quand ils sont couverts de décorations fantaisistes ou d'insignes bizarres.

Parfois, c'est la découverte sur le corps de

pansements inutiles, d'amulettes diverses, de tampons dans les oreilles, les narines, le vagin..., de cicatrices de blessures volontaires, qui font penser à un délire caché.

Chez une de nos malades, c'est la découverte de plaques de liège fixées sur l'abdomen qui fit soupçonner un délire, alors que la malade était venue d'elle-même pour des « maux de tête » et « quelques phobies ». Elle se présentait très correctement et ne paraissait nullement réticente ; cependant son mari nous déclara que Madame M... ne se couchait jamais sans isoler les pieds de son lit par des plaques de liège. C'est la présence de ce liège et la gêne de la malade, ses difficultés pour en expliquer l'utilité qui firent porter le diagnostic de réticence, confirmé par la mise en évidence d'un syndrome net d'influence avec hallucinations cénesthésiques, courants électriques, rayons, etc...

Dans d'autres cas, ce sont les rapports de police, les récits de l'entourage, les enquêtes des assistantes sociales, qui mettent sur la voie, en précisant les internements antérieurs, les détails de l'habitation : capitonnages, blindages, fils coupés, barricades, habitudes étranges, actes antisociaux, etc...

PARAGRAPHE IV

LEVER LA RETICENCE

Lever la réticence, c'est donner la meilleure preuve et même la seule preuve irréfutable de son existence. Qu'elle soit défensive ou expansive, elle ne nous sert qu'à soupçonner l'état délirant sous-jacent. Ajoutée aux symptômes somatiques, intel-

lectuels, affectifs qui l'accompagnent, elle peut nous suffire à affirmer un état mental morbide, en ce sens elle nous est utile, elle est un symptôme positif, mais il reste encore à prouver à la fois et la réticence et l'état délirant.

La condition essentielle est d'obtenir la confiance du malade, de l'amener progressivement à comprendre que son intérêt est d'être sincère, de l'aider aussi à exprimer ce que bien souvent il ne conçoit pas lui-même clairement.

Pour obtenir cet état de relâchement où la confiance se fera d'elle-même, il faut avant tout de la douceur et de la patience, « Eviter tout ce qui peut éveiller la méfiance de l'examiné. Ne pas le questionner directement. N'avoir aucune réaction d'étonnement, de curiosité, d'indiscrétion devant son récit » (Courbon).

Ces recommandations paraissent aller de soi et et ne présenter aucune difficulté. En réalité, la conduite du médecin n'est pas indifférente : il faut une patience voisine de la résignation, de la passivité, pour rester calme devant le délirant hautain, qui « le prend de haut » et ne ménage pas les reproches sur son internement, sa situation, ou devant le malade qui « fait l'imbécile », éludant systématiquement les questions. Il faut savoir renoncer, reprendre l'examen ultérieurement, sans avoir rompu, faire preuve de bonne volonté afin de conquérir peu à peu la sympathie du malade.

Quand le voile se lève, le problème se clarifie en général progressivement, par paliers et ce moment est tout aussi délicat. Une mimique trop attentive, indiquant que l'intérêt est éveillé, une réaction de soulagement ou de satisfaction et le rideau tombe à nouveau, plus hermétique. A l'énoncé

des premières idées délirantes, donc, le médecin doit savoir se contenir, les accepter comme des explications naturelles, ne présentant ni plus ni moins d'intérêt que les autres sujets de conversation abordés auparavant. Ni crédulité exagérée, ni incrédulité, amèneront le malade, animé lentement par son sujet, à chercher à entraîner la conviction, à préciser le thème et les détails du délire. Ce n'est que lorsque tout aura été exposé que l'on pourra se permettre de revenir en arrière, pour préciser chaque point et en faire une critique serrée.

On voit par là qu'un véritable talent est nécessaire pour vaincre la réticence, talent exigeant des qualités personnelles et une longue habitude, ce qui explique en même temps que certains malades seront plus longtemps réticents avec certains médecins, et que d'autre part, les profanes ne soupçonnent souvent pas, durant des années, l'état pathologique d'un sujet qu'ils côtoient quotidiennement et qu'ils estiment simplement de caractère ombrageux.

Seul le psychiatre, habitué au rôle délicat de confident intime, et observateur averti des moindres réactions d'un individu soumis à son examen, pourra ainsi, à partir de questions en apparence anodines, révéler un délire parfois caché depuis des années et particulièrement dangereux.

Un bon procédé consiste à demander au malade un récit de son existence et à le laisser parler. Si on a affaire à un délirant, fatalement, à un moment donné, la narration tourne, le discours change de ton, les idées délirantes se font jour, d'abord timidement, apparaissant un temps, puis disparaissant, reparaissant enfin. Ce moyen si simple est, au fond, en gros, celui employé par les psychanalystes pour découvrir les « complexes » et nous reprendrons

cette comparaison quand nous envisagerons les rapports de la résistance, au sens des psychanalystes, et de la réticence.

A cette attitude de confesseur, d'ami, de confident, qui est typiquement celle du médecin, surtout du psychiatre, certains préfèrent la méthode du juge d'instruction.

La douceur vise à tourner la réticence, à la dissoudre, la force cherche à la briser, à la faire exploser. Ce procédé, qui « consiste à pousser à bout le malade, par une dialectique serrée et railleuse jusqu'à ce qu'exaspéré, il perde la maîtrise de soi et extériorise son délire » (Courbon), doit être, croyons-nous, formellement rejetée. Ce n'est pas une attitude de médecin, et c'est une mauvaise méthode. Neuf fois sur dix, il en résultera un échec complet, la résistance du malade s'exacerbant au lieu d'exploser, et laissant le malade aigri, méfiant pour toujours. Quand elle réussira, elle laissera au malade l'impression pénible d'avoir été contraint, cambriolé et, encore dans ce cas, il aura perdu la confiance nécessaire à la guérison. « Interroger une délirante est un art difficile. L'aborder de front, l'essouffler de questions, bousculer ses réponses, n'aboutit qu'à aggraver encore le trouble de sa pensée, à raidir sa méfiance, à accentuer son hostilité ou à déformer sa confession. » (P. Abely, p. 620.)

La raillerie peut, elle aussi, suggérer une réticence absolue, une dissimulation. Une observation de Marandon de Montyel rapportée par un de ses élèves, Pasquet, dans sa thèse, est à ce sujet amusante et instructive :

EXEMPLE N° 9

P... délire systématisé à la troisième période, se croyait le premier halluciné du monde ; très scrupuleux, intelligent, s'occupant de ses camarades qui avaient confiance en lui, et à qui il expliquait le mécanisme et les raisons de leurs hallucinations. S'étant évadé un jour, il se rendit chez le sous-préfet et lui réclama des agents pour s'emparer d'une « fabrique de voix » installée à l'asile. Le sous-préfet lui fournit deux agents... qui le ramenèrent à son quartier où il s'aperçut trop tard de sa naïveté. Le lendemain, le médecin raconta à haute voix sa mésaventure, et tout le monde de rire à ses dépens. Trop honnête pour mentir lui-même, le malade fit alors dissimuler un de ses compagnons, grand persécuté. Celui-ci y parvint si bien qu'il obtint sa sortie. Le jour même de la sortie, il se rendit au palais et dût être réintégré. Mais P... avait réussi à mystifier le médecin.

⁂

L'exploration pharmaco-dynamique, en honneur à l'heure actuelle pour l'investigation psychiatrique, est-elle un moyen de vaincre la réticence ?

Nous nous placerons uniquement au point de vue chimique, le côté médico-légal de la question n'intéressant pas nôtre sujet.

Les anesthésiques de base (pentothal, nesdonal, privenal, etc...) nous sont utiles dans la mesure où, relâchant l'attention du malade pour tout ce qui est étranger à lui, ils nous permettent de lui parler plus intimement, de le « gagner ». Cette méthode n'est, ici comme ailleurs, qu'un adjuvant de la psychothérapie.

Elle a des avantages : dans l'état de demi-conscience où il se trouve, le malade s'épanche plus librement, plus facilement, et confie ce qui l'oppresse depuis longtemps, nous révélant ainsi un syndrome d'influence, un thème persécutif...

Elle a aussi des inconvénients : fréquemment, instruit par la lecture des journaux, le malade se

rend compte du but poursuivi par le médecin, et considère le procédé comme une effraction de sa conscience : « Vous voulez me faire parler, vous n'avez pas le droit de me faire cela ; je ne dirai rien ». Et, en effet, il ne dit rien. La narcose le laisse beaucoup plus réticent, et il est difficile, sinon impossible de gagner sa confiance. Ici encore, la nocivité des vulgarisations hâtives se révèle brutalement.

A l'heure actuelle, nous avons tous entendu ces phrases navrantes : « Je ne veux pas qu'on me fasse du « sérum de vérité », pas de « piqûres parlantes », pas d'injections « pour parler », etc... Il est inutile d'épiloguer d'ailleurs là-dessus. Retenons ce que les médecins savent déjà, à savoir que le pentothal ne fait pas dire ce que le sujet ne veut pas avouer, mais l'aide à extérioriser ce qu'il ne pouvait pas avouer.

Le pentothal sert surtout à lever la réticence « névrotique », à favoriser l' « ab-réaction ».

L'Ortédrine nous a semblé souvent plus profitable, maniée avec prudence, en injections intraveineuses. Ici, on n'endort pas le sujet, il peut admettre que l'injection est faite dans un but thérapeutique étranger à la conversation qui se poursuit sur des sujets banaux. Le résultat est parfois spectaculaire : le malade qui était replié sur lui-même, aussi bien physiquement que du point de vue psychologique, se détend. Sa pensée est plus vive, ses associations plus riches, son humeur plus optimiste, agressive même.

A la faveur de cette excitation, il est rare que le délire contenu ne s'extériorise pas ; l'Ortédrine est donc un bon moyen, croyons-nous de lever la réticence.

Elle a également un autre intérêt, important cette fois du point de vue théorique, c'est de montrer la différence qui existe entre réticence et dissimulation ou simulation. Le simulateur ou le dissimulateur, une fois démasqué, après avoir avoué, ne recommence pas à simuler ou à dissimuler de la même façon avec le même médecin. Le réticent, au contraire, après avoir exposé son délire au cours de l'épreuve à l'Ortédrine, redevient très fréquemment le lendemain même, aussi réticent qu'auparavant, et de la même manière.

Il est rare que l'Ortédrine amène la libération suivie de soulagement qu'entraîne souvent le pentothal ; c'st que l'anxiété est libérée au maximum par l'injection de ce produit et que le sujet extériorise alors ses idées au cours d'une véritable « expérience » délirante, qui le laisse plutôt épuisé que soulagé, et dont le souvenir est parfois rejeté assez rapidement.

Nous avons même, dans deux cas, vu la réticence nettement accentuée par l'Ortédrine, du fait même de l'exaltation délirante. Dans l'un des cas, il s'agissait d'une malade dont les réponses évasives, les regards, la mimique, les attitudes, tout le comportement indiquaient une activité délirante. Après plusieurs jours d'efforts, bien que la confiance se fut établie (la malade venait spontanément nous trouver quand elle nous voyait arriver), après l'échec d'une narco-analyse qui ne fit que nous confirmer dans l'impression d'une activité délirante sous-jacente (la malade pleura beaucoup, affirma être très malheureuse), nous eûmes recours à l'Ortédrine. En quelques secondes, la malade fut en proie à une anxiété extraordinaire, avec tentatives de fuite, comme pour échapper à un danger. Ses regards et son attitude indiquaient à n'en pas douter, des

hallucinations visuelles et auditives intenses. Aucun contact ne fut possible, et la malade se réfugia dans un mutisme absolu qui persista huit jours.

Le huitième jour, nous tentâmes d'effacer ce souvenir pénible grâce à un électro-choc, après lequel la malade retrouva la parole et nous dit qu'elle n'avait pas parlé, parce qu'une voix impérieuse lui avait ordonné de se taire.

Dans le deuxième cas, l'exaltation délirante fut telle que la malade poussait seulement des cris de frayeur, et que nous dûmes la calmer à l'aide de gardénal sodique et de paroles réconfortantes sans obtenir d'elle un seul mot.

MM. Beaudouin, Chanes, Joyeux et Mademoiselle Quercy ont bien voulu rapporter le premier cas dans leur communication sur « L'Ortédrine intraveineuse dans la pratique psychiatrique » (A.M.P., avril 1949, p. 376). Dans cette communication, les auteurs insistent sur la réaction anxieuse et l'activité délirante « néoformée », l'exagération de l'activité hallucinatoire, l'intérêt dans la pratique pour lever la réticence.

Deux points cependant nous paraissent à préciser.

Les auteurs déclarent, d'une part (p. 377), que l'activité délirante est souvent « néoformée », déclanchée par l'injection, les thèmes révélés disparaissant ensuite, d'autre part que l'injection peut « faire apparaître une réticence insoupçonnée », en révélant un délire que rien ne laissait supposer (p. 378). Il y a là une apparente contradiction, ces deux propositions paraissant s'annuler. En réalité, si l'on admet que le thème délirant n'importe que pour le moment présent, la maladie ne s'identifiant en rien à ce thème, on voit que l'essentiel est bien de révéler un état délirant, de provoquer un déblo-

quage au cours duquel « le malade exprime sur le mode anxieux en général, le contenu de son délire, avec une volubilité toute particulière, trahissant sa structure (paranoïde, paranoïaque, paraphrénique) ». C'est en effet en mettant en évidence la structure délirante que l'Ortédrine présente un intérêt capital même si le contenu se révèle par la suite d'une certaine labilité.

L'exemple suivant fait très bien ressortir la manière dont agit l'Ortédrine :

EXEMPLE N° 10
(Personnel, service du Dr Rondepierre)

Madame W... Renée, 53 ans, entrée le 3 novembre 1948 à la Maison de Santé.

Certificat de placement : « Délire de persécution durant depuis plusieurs mois (mais peut-être davantage), multiples interprétations tendancieuses : « On tente de l'empoisonner avec ses aliments, on lui fait subir une surveillance et des soins qu'elle considère comme nocifs ou inutiles. Diverses personnes plus ou moins d'accord avec son mari, la suivent et veulent la faire disparaître. » Attitudes distantes, hautaines ou hostiles. Réactions verbales.

Les examens que nous fîmes tous les jours peuvent être classés en trois types : réticence, mutisme, expansion délirante. Voici quelques exemples des entretiens que nous avons eu avec elle :

— Je n'ai rien à vous dire, je n'y comprends rien, je ne vois pas qui m'envoie là, je ne suis pas folle, je ne m'occupe jamais des autres... Tout ce que je peux dire, c'est que mon mari agit de façon bizarre.

— En 1939, vous avez eu l'impression qu'on vous suivait ?

— Ça remonte à des années, je ne m'en occupe plus.

— Où habite votre fils ?

— En Suisse, je crois.

— Croyez-vous que la machination dont vous m'avez parlé soit aussi dirigée contre lui ?

— J'ai idée qu'il est manœuvré par des mains plus habiles que les siennes, et que s'il voyait sa maman, certaines choses changeraient.

— Quelles sont ces mains plus habiles ?
Elle élude la question.
— Qu'est-ce qui changerait ?
Mutisme.
— Est-ce que votre mari vous trompe ?
— Allez demander ça aux autres... Il a dit que j'étais assise sur mon lit avec un fusil, vous pensez ! C'était un fusil d'un enfant de dix ans, qu'est-ce que vous vouliez que je fasse avec ?

Le 13 novembre, mutisme complet depuis deux jours avec refus d'aliments ; injection intra-veineuse d'une ampoule d'Ortédrine.

Immédiatement, Madame W... sort du mutisme et de l'immobilité, se roule d'abord sur le lit en criant : « Henri est un cochon, je ne veux pas le voir... Va-t-en, tu es un salaud, on me fait des piqûres de ? , c'est interdit par la loi, je vais mourir maintenant dans vingt minutes... Vous avez reçu l'ordre de mon mari de me faire mourir, de mon mari et des autres... »

Peu à peu cette agitation avec propos désordonnés se calme, la malade s'assied, et on peut entreprendre de l'interroger :

Son mari veut la faire passer pour folle depuis des années ; il l'a obligée à subir des électro-chocs, il a appelé Police-Secours, les policiers l'ont jetée à terre à coups de poings, ayant été payés pour cela...

Ce n'est pas la police officielle qui la suit depuis des années, mais des inspecteurs qui n'en ont même pas le droit, qui le prennent d'eux-mêmes, et font ainsi durer l'enquête indéfiniment. Ils ont intérêt à grossir le dossier pour la faire passer pour autre qu'elle n'est. Elle a entendu souvent dans sa tête : « électro-choc, électro-choc, électro-choc ». Son fils est là, mais on lui interdit de venir la voir. Son mari la trompe depuis le début du mariage et dispose d'elle comme d'un colis, c'est un personnage trop inventif qui a su faire interpréter ses paroles de manière à la faire enfermer.

L'expansion délirante se poursuit et révèle tout le délire, qui paraît remonter à une dizaine d'années.

Le lendemain, mutisme complet, mais le soir, une lettre à son fils où sont exprimées les mêmes idées.

Le jour suivant, même mutisme, la malade refuse de parler de tout ce que nous savons maintenant par elle-même.

Enfin elle sort du mutisme, mais c'est pour présenter

la même réticence qu'au début. Malgré les aveux, malgré la lettre elle s'exprime exactement de la même manière :

— Pourquoi ces faux policiers vous suivaient-ils ?

— Ça m'est égal, je ne m'en occupe plus, etc...

Une dernière méthode pharmacodynamique dont nous n'avons pas encore assez d'expérience, est certainement très profitable également, associant les effets de l'Ortédrine à ceux du Pentothal. Elle consiste à obtenir d'abord un relâchement complet, voire le sommeil par le Pentothal, puis un réveil rapide et l'euphorie par l'Ortédrine ou le Maxiton intra-veineux.

En conclusion, le psychiatre averti, reconnaît la réticence à des indices certains et finit toujours par la vaincre, à condition de savoir, dans tous les cas, se faire apprécier du malade et d'agir avec tact et patience.

CHAPITRE II

Diagnostic

Les symptômes avec lesquels la réticence est souvent confondue sont les uns relativement voisins, tels le mutisme, la dissimulation, la résistance, d'autres sont entièrement différents, tels l'oppositions, le négativisme, les dysmésies, l'insuffisance psychique.

Nous commencerons par l'étude des premiers qui permettent déjà de comprendre la place de la réticence dans la pensée délirante, place que nous essaierons de préciser au chapitre suivant.

I. — LE MUTISME

Le mutique ne parle pas du tout, le réticent ne parle pas de certaines choses, ou en parle à mots couverts, par sous-entendus. Par le mutisme, le malade tait toutes ses pensées, toute sa vie intérieure, alors que le réticent se limite aux seuls phénomènes délirants, le malade par ailleurs parlant de tout. Cette distinction, donnée par Courbon, se rattache à la conception classique des délires, basée sur la constatation d'une intégrité des facultés intellectuelles, et selon laquelle, en dehors du délire, le psychisme du malade est parfaitement « sain ».

Elle a un intérêt clinique certain, en ce sens qu'elle sépare, par définition, deux symptômes également clairs : « Le mutisme est un silence absolu, généralisé à toute émission de voix, quelle que soit la nature du concept à exprimer : le mutique ne profère pas une seule parole, n'ouvre pas la bouche, c'est un muet qui ne prononce pas un mot. Le réticent, au contraire, parle de tout sauf de certaines questions. C'est un discret qui garde un secret. » (Courbon, p. 253.)

Cependant quelques remarques sont nécessaires : tout d'abord, ce sont en général les mêmes malades qui présentent du mutisme ou de la réticence ; l'alternance de ces symptômes est même fréquente chez le même sujet. D'autre part, la réticence ne se rencontre pas uniquement au cours des délires chroniques, et elle ne porte porte pas forcément sur des idées délirantes ; elle correspond à une manière de s'exprimer de certains malades, comme le mutisme, d'ailleurs. En ce sens on pourrait dire : le mutisme est une réticence absolue, la réticence est un mutisme partiel. En réalité, cette confusion de mots ne nous satisferait pas, mais nous voulons montrer par là que le processus psychique n'est pas foncièrement différent dans les deux cas, et que le mutisme, symptôme d'ailleurs parfaitement autonome, n'est que le dernier terme d'une série d'états commençant à la réticence bien limitée à quelques idées, et passant par la réticence absolue, où le malade ne livre presqu'aucune de ses pensées, se bornant aux quelques phrases caractéristiques : « Vous le savez mieux que moi, j'en ai trop dit, peut-être, je ne sais pas ce que vous voulez dire », etc...

II. — LA DISSIMULATION

Si la différenciation du mutisme et de la réticence est facile, le diagnostic se ramenant à une définition de mots, la démarcation de la réticence et de la dissimulation est beaucoup plus malaisée et il est étonnant que les auteurs, Courbon en particulier, n'aient pas envisagé le problème.

En effet, lorsqu'on fait de la réticence un acte volontaire, déterminé par le jugement supposé sain du malade, et visant à cacher les seuls phénomènes délirants, on définit bien une dissimulation. Dans notre introduction, nous avons signalé un critère de différenciation qui serait l'intention de tromper. Cette intention entre dans la définition même de la dissimulation, et serait absente de la réticence. Mais, il est évident que cette intention ne peut être reconnue qu'après avoir dépisté la dissimulation ou la réticence, et en clinique, bien des dissimulateurs se présenteront comme des réticents, et vice-versa. Dire que le dissimulateur a l'intention de tromper et le réticent seulement l'intention de cacher est donc bien insuffisant, et nous admettrons plutôt provisoirement que **tout se passe comme si le réticent était un dissimulateur.**

En effet, dans les deux cas, le malade cache tout ou partie de ses troubles, dans les deux cas, le malade utilise tous les moyens à sa disposition pour arriver à cette fin et ces moyens sont les mêmes. Dans les deux cas, c'est la dysharmonie, le désordre, l'exagération de la mimique et du ton, des gestes et du regard, des mots et des manifestations vaso-motrices qui mettent sur la voie du dépistage.

Pourquoi alors parler de réticence et non de dissimulation ? C'est ici, croyons-nous, qu'il faut faire

intervenir la notion de volonté et d'autocritique, et que la comparaison de la dissimulation et de la réticence éclaire le problème de cette dernière, tel que nous le reprendrons au chapitre suivant.

La dissimulation se ramène à la simulation, le dissimulateur simule un état de santé qu'il n'a pas. Ceci implique une conscience suffisamment claire du vrai et du faux, du sain et du morbide, jointe à une volonté réfléchie de faire paraître le sain et lui seul. La dissimulation porte plus sur des faits, des actes, des troubles objectifs quelconques, des idées précises qui ont été exprimées auparavant et ont attiré des désagréments à son auteur. Elle relève d'un état d'esprit étranger à ce trouble lui-même et suppose une conscience claire du but à atteindre et des moyens à utiliser.

La réticence au contraire participe de la structure mentale morbide dans son ensemble. C'est une attitude globale qui consiste à retenir certains éléments de cette conscience morbide, attitude pouvant porter davantage sur les idées délirantes, mais dépassant toujours ces idées, envahissant en tache d'huile tous les phénomènes de la conscience.

Cette conception procède de l'idée selon laquelle il n'y a pas de « délire partiel », supposant une partie malade et une partie intacte dans la même conscience, et cela, malgré la classique intégrité des facultés intellectuelles. Même lorsqu'il cache certaines de ses idées, le réticent se comporte en fonction de son délire même.

Nous verrons d'ailleurs que la dissimulation fait partie avec la réticence, des « conduites de mauvaise foi » dans leur ensemble. La dissimulation est une conduite de mauvaise foi partielle et élective, la réticence est une conduite de mauvaise

foi globale. Nous avons choisi dans la littérature deux observations où l'intrication de la réticence, de la dissimulation, de la simulation, du mensonge, etc... montre bien comment l'essentiel revient en définitive à reconnaître la mauvaise foi.

EXEMPLE N° 11
(d'après **De Clerambault,** résumé)

Mademoiselle L. B... entre à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, le 23 mars 1911. Le certificat de placement, rédigé par **De Clérarambault,** est le suivant :

« Délire de persécution. Mégalomanie, très accusée. Hallucinations auditives.

« Elle a été blessée dans plusieurs agressions. Balle reçue au pied sans laisser de traces. Une bande comprenant deux médecins juifs veut la supprimer en raison de ses héritages à venir et de secrets qu'elle a découverts.

« Elle descend de Guillaume le Conquérant et de Louis XVII, est grand sculpteur, etc... Va partir au Tchad avec un grade militaire.

« Interprétations rétrospectives au sujet de la mort de ses ascendants, etc...

« Se montrait à la fenêtre armée d'une épée ou d'un revolver. Claustration, désordre extrême. Provision d'armes, cartouches dans ses poches. Esprit belliqueux très marqué. »

La malade est transférée à Sainte-Anne et le délire demeure patent jusqu'au mois de juin (certificats du Dr Barbé, rapport du Dr Ritti). A ce moments, la malade passe dans le service du Dr Ballet qui ne lui découvre plus aucune idée délirante, et n'hésite pas à signer un certificat de sortie. Il présente la malade à la société de Psychiatrie, le 10 août, et « les membres de la Société... sont unanimement d'avis qu'il n'y a pas lieu de la maintenir internée ».

Le 2 décembre, le Dr **De Clerambault** examine à nouveau la malade à la clinique : « Cet interrogatoire a duré une heure et demi, malade **très réticente,** très négatrice, quant aux idées de persécution. Désire constamment rompre l'entretien pour éviter ce chapitre. Ramenée au sujet, s'en échappe immédiatement dans des **expansions mégalomanes.** Très prolixe alors. Excitée, véhémente, à quelques moments, enjouée. Vers la fin de l'entretien, elle a avoué implicitement n'avoir rien changé de ses idées ». La malade nie d'abord formellement tout ce qu'elle a dit lors des pre-

miers examens. Elle dit ensuite : « Qu'elle se tait parce que de parler peut lui nuire, qu'elle niera tout jusqu'au procès qu'elle intentera une fois sortie ; qu'elle a une base très sérieuse pour ce procès, qu'elle s'occupera également des médecins juifs, et même des autres séquestrées (les autres malades du service). »

Bref De Clérambault prouve la réticence de la malade dont l'activité délirante était inchangée et souligne : « Sa réticence ne se présente pas sous l'aspect de réserve froide, ni d'argutie ; elle est masquée par l'expansion mégalomane, dont la malade joue adroitement pour se dérober aux questions qui l'embarrassent. » Et il conclut que Mlle B... est dangereuse en liberté et doit être maintenue.

EXEMPLE N° 12

(d'après **Mairet,** résumé)

A..., condamné à six mois de prison pour grivèlerie, se livre en prison à des violences envers ses co-détenus, principalement la nuit. Un médecin appelé à l'examiner ne peut guère mettre en évidence que cette agressivité. « Méfiant à l'excès, A... ne répond que très vaguement aux questions qui lui sont posées. Ce qui domine chez lui, c'est la violence et la méchanceté... Il ne veut personne avec lui, prétextant qu'on veut l'assassiner, le tracasser et lui voler un soleil qu'il a inventé... Le rapport conclut que cet homme agit sous l'empire d'une idée fixe, probablement en proie à l'idée de persécution », et A... est conduit à l'Asile. Là, nous dit Mairet, nous ne constatons plus d'acte agressif, et A... nous dit nettement qu'il a « fait le fou » à la prison pour échapper à sa condamnation. « Une fois dans un asile d'aliénés, ajoute-t-il, on reconnaîtra que je ne suis pas fou, on me lâchera, et le tour sera joué ». Vient ensuite un long interrogatoire au cours duquel A... se montre parfaitement poli, calme et sensé. Mais, poursuivant l'examen, Mairet ne tarde pas à mettre en lumière un délire d'invention très poussé ; la maladie de A... devient alors évidente : « Je veux arriver à chauffer et à éclairer les villes à rien ne coûte. Pour cela, je veux faire réfléchir le soleil dans des miroirs communiquant avec une boîte fermée, et alors la nuit, je n'aurai qu'à ouvrir la boîte, et les rayons du soleil que j'aurai emmagasinés dedans sortiront, et je pourrai ainsi éclairer toute une ville ». Ce système lui permettra également de produire la pluie à volonté, de faire marcher les vaisseaux dans les airs, etc... De plus, l'enquête établit que cette structure délirante existe depuis des années. Pour-

quoi A... n'a-t-il jamais parlé de son délire à la prison ? c'est qu'il se méfiait de tout et n'avait qu'une préoccupation, sortir. Son comportement était celui d'un persécuté, et s'il parle du « soleil qu'il a inventé », il n'insiste pas. Pourquoi en parle-t-il à l'Asile ? Parce qu'il est en confiance, persuadé qu'on va le laisser sortir et qu'il va pouvoir mettre en pratique ses inventions, qu'il estime parfaitement raisonnables.

Dans ses conclusions, Mairet insiste sur la nécessité d'examiner toujours en clinicien les malades soumis aux expertises, et montre comment le cas se complique, si, au lieu des deux tableaux nettement tranchés que nous observons chez ce malade, celui-ci fait servir le vrai à l'édification du faux, c'est-à-dire, intrique des idées délirantes réelles aux productions volontairement simulées.

Ces intrications ont depuis longtemps préoccupé les experts, obligés tour à tour, chez le même sujet, de dépister une simulation, puis une dissimulation, etc... Ainsi, par exemple dans le cas d'un malade atteint d'un délire, et qui, à la suite d'une réaction médico-légale en rapport avec le délire, simule volontairement un autre trouble mental pour ne pas être condamné. Un tel malade posera donc à la fois à l'expert le problème d'une simulation et d'une dissimulation, ou de deux simulations ; car, ayant réussi à démasquer la première supercherie, à but utilitaire, il lui restera à reconnaître le délire sous-jacent, le sujet simulant en deuxième intention un état de santé qu'il n'a pas.

Ce phénomène a été signalé à plusieurs reprises. Mairet, dans une leçon à la Faculté de Montpellier, présente un débile mégalomane qui simulait un état d'excitation maniaque avec idées de persécution dans le but d'éviter la prison. Il simula tour à tour la paralysie, le gâtisme, l'excitation, la

persécution. Fribourg-Blanc rapporte de nombreux cas de sursimulation chez des débiles, des déséquilibrés délinquants.

Ce que nous voulons surtout signaler ici, c'est l'existence de cas où la réticence entraîne le malade, pour éviter les questions embarrassantes, à une conduite psychologique elle-même anormale, mais d'une autre manière, comme dans l'observation empruntée à De Clérambault.

III. — LA RESISTANCE

La résistance au cours des cures psychanalytiques, est encore une conduite de mauvaise foi qui survient lorsque des conflits, ou des complexes, tout en étant encore inconscients, sont sur le point de devenir conscients.

La résistance représente alors un mécanisme de défense du Moi à un stade antérieur de son évolution, elle traduit une angoisse en rapport avec une culpabilité. La résistance naît aussi de la convergence de la lutte de l'ancienne pulsion coupable pour se manifester à la conscience, et des efforts du Moi pour la refouler, comme incompatible avec la sévérité du Sur-Moi. La résistance est ainsi due à l'intrication de la peur de voir le conflit ou la situation névrotique se révéler, et au désir d'en favoriser la résolution.

On voit, d'après cette description sommaire, les annalogies de ce phénomène avec la réticence. Dans la réticence, nous retrouvons cette même angoisse de voir s'exprimer ce qui devrait être rejetté comme parasite, et ce désir d'extériorisation, ce besoin d'ex-

pansion que le psychiatre reconnait la plupart du temps à l'attitude même du malade. La différence résiderait dans le caractère inconscient de la résistance, opposé à la connaissance qu'aurait le réticent de ce qu'il cache.

IV. — L'OPPOSITION

Parmi les mécanismes de défense, au sens large, la schizophrénie, dans sa forme hébéphréno-catatonique principalement, nous offre une série de phénomènes qui pourraient ressembler, au premier abord, à la réticence ; ce sont : l'opposition, le négativisme, les barrages.

Le diagnostic entre ces différents symptômes, est basé sur l'examen clinique.

— **L'opposition** traduit un refus absolu de tout contact. Le réticent se dérobe, l'opposant dit non catégoriquement.

Le réticent apparait comme un individu par ailleurs pénétrable, avec qui une conversation est possible, l'opposant est totalement impénétrable, rejette toute tentative de communication.

L'opposant n'a ni le ton, ni l'attitude, ni le langage de quelqu'un qui cache quelque chose. Il s'exprime, en général, sur le mode neutre, monotone, avec une économie de gestes pouvant aller jusqu'à la catatonie, une indifférence à l'égard de la réalité en général, et un rejet de la conversation en particulier qui sont bien caractéristiques.

— **Le négativisme** n'est qu'une modalité du même genre d'attitude ; il consiste dans un refus systématique, paradoxal, ambivalent, souvent teinté

d'une forte agressivité, et s'adressant à toutes les sollicitations.

— Dans le **Barrage,** enfin, le malade s'arrête brutalement au cours d'un exposé en général décousu, discontinu, comme si sa pensée était brusquement interrompue dans son développement. On a la sensation d'une inhibition et après un laps de temps plus ou moins long, le débit reprend au même point, pour s'arrêter à nouveau bientôt.

Parfois, on observe des « réponses à côté » (Syndrome de Ganser), pouvant être prises à première vue pour une forme de réticence. Mais l'examen ne tarde pas à montrer l'altération profonde du cours des idées, la dissociation intellectuelle, le relâchement associatif, auquel ce syndrome est lié.

Dans tous les cas, nous sommes loin du système de défense apparemment lucide, élaboré, coordonné, des délirants réticents. Enfin, l'opposition, le négativisme, les barrages, le syndrome de Ganser surviennent dans un contexte d'attitudes étranges, ambivalentes, de bizarreries, de stéréotypies, de catalepsie, d'impulsions, etc... qui fait qu'on ne saurait confondre ces symptômes qu'à un examen bien superficiel.

Est-ce à dire que l'on ne peut rencontrer la réticence au cours de la démence précoce ?

Ce serait oublier que cette maladie, du moins au début, peut simuler toutes les affections mentales de la nosologie classique, et que, dans la mesure où il est délirant, le schizophrène comme n'importe quel malade délirant peut dissimuler ses troubles.

Au début de l'Hébéphréno-Catatonie, nous voyons fréquemment un malade qui, la veille gesticulait, criait, gâtait, exposait des idées délirantes

fantastiques, se présenter à nous, souriant et correct, apparemment syntone, répondant bien aux questions.

C'est au cours de ces fausses rémissions, où le nettoyage n'est jamais complet, que l'on peut souvent parler de réticence. **Fribourg-Blanc,** rapporte des observations de pratique militaire, où de tels malades ont pu être pris pour des simulateurs et être condamnés. Il cite le cas d'un jeune homme, interné au cours d'états d'excitation ayant fait porter le diagnostic de syndrome schizophrénique au début, qui affirmait dans ses lettres à ses camarades, par ailleurs parfaitement cohérentes : « de temps en temps, je fais le « dingo », çà leur fait plaisir, mais je commence à en avoir assez... Si on te demande ce que je deviens, tu diras que je fais le fou exprès. »

Nous voyons dans cette réticence une forme de lutte contre l'envahissement de la maladie. Le malade, aux prises avec une impression pénible de dépersonnalisation et d'étrangeté extérieure, nie cet état, négation qui est pour lui un moyen de fuir la maladie.

Dans d'aures cas la réticence tient au maniérisme.

Par maniérisme, le malade refuse de parler de certaines choses, affecte l'ignorance de certains sujets, prend des airs mystérieux, lointains, élude systématiquement les questions, etc... Le dément précoce aime jouer à des jeux absurdes de ce genre, comme s'il cherchait à mettre l'interlocuteur dans un désarroi analogue à celui dans lequel il est plongé. Il va sans dire que le reste du tableau est suffisamment clair, avec le trouble du cours des

idées au premier plan, pour que le diagnostic soit aisé.

Le négativisme lui-même, associé au sentiment de dépersonnalisation, peut entraîner comme chez le mélancolique, cette **réticence métabolique**, qui est une forme limite de réticence. Le réticent métabolique n'existe pas, n'a pas de cerveau, d'estomac, etc... il n'a donc pas à en parler... C'est là une forme très dégradée et qui prête peu à confusion.

V. — LES DYSMNESIES

Les dysmnésies posent souvent en clinique et en pratique médico-légale, le problème de la dissimulation, ou de la réticence.

Les amnésies consécutives des **épileptiques** peuvent prêter à confusion quand des faits accomplis au cours d'absences dont les témoins ont été rares ou absents ou mal informés, sont niés par le sujet qui prétend n'en avoir aucun souvenir.

C'est bien entendu dans la preuve de l'épilepsie que réside le diagnostic, en mettant en œuvre l'observation et les moyens dont nous disposons à l'heure actuelle, en particulier l'électro-encéphalogramme.

Les amnésies de la **psychose de Korsakoff** paraissent parfois également suspectes, quand elles portent sur des faits ayant entraîné une intervention judiciaire. Ici encore, c'est un bilan clinique rigoureux qui permettra de conclure.

Les amnésies **post-confusionnelles, post-oniriques,** que l'on observe après les états d'ivresse, les états crépusculaires, les **traumatismes craniens,** etc... posent les mêmes problèmes.

Dans tous les cas, l'amnésie vraie sera reconnue par des épreuves cliniques spéciales, adaptées à chaque cas, la réticence sera reconnue à ses caractères habituels : inadéquation du ton affectif, du langage et des attitudes, etc...

Nous passons très rapidement sur tous ces états parce que la réticence est rarement évoquée à leur propos, cela parce qu'on estime toujours qu'elle est étroitement liée aux systèmes délirants cohérents, avec intégrité intellectuelle, « apparences de la lucidité d'esprit ».

En fait, chez tous ces malades, il faut une longue observation de chaque cas pour faire la part de l'amnésie vraie et d'une mauvaise foi assez fréquente. Il est souvent possible de trouver des « méconnaissances systématiques » et des phénomènes de réticence authentiques chez les épileptiques et les confus.

VI. — L'INSUFFISANCE CONCEPTUELLE DES DEBILES

L'incapacité d'expression peut parfois être prise pour un refus de communication. Ce phénomène qiu se produit chez le confus, se rencontre aussi fréquemment dans les états dits de débilité mentale. Ce qu'on ne conçoit pas clairement ne saurait s'exprimer facilement. Le langage et les attitudes des débiles rappellent fréquemment ceux de la réticence, les tournures employées sont analogues : « Vous comprenez ce que je veux dire... en quelque sorte... si l'on veut... »

Le diagnostic relève de l'exploration du fonds mental. En présence d'un sujet dont la pensée est

manifestement fruste, le vocabulaire réduit, l'association des idées visqueuse et rudimentaire, on ne pensera guère à la réticence.

Même quand ils ne sont pas franchement délirants, d'ailleurs, les débiles, les post-encéphalitiques, les parkinsoniens... présentent des conduites de mauvaise foi souvent en rapport avec une malignité ou un besoin d'auto-défense qui rapproche la conduite de ces malades de celle de certains enfants. La part de dissimulation ou de réticence qui entre dans cette attitude est souvent difficile à apprécier. On la reconnait en général à l'exagération : les débiles exagèrent volontiers les phénomènes secondaires à leur insuffisance mentale, niaiserie, puérilisme, dans le but de cacher leur fonds mental réel, le plus souvent pour une raison utilitaire. **Garnier** rapporte plusieurs faits de cet ordre, de même **Laurent.** (Etude médico-légale sur la simulation de la folie.)

.....

CHAPITRE III

Psychopathologie

Après avoir essayé jusqu'ici de montrer à quels indices se reconnaît la réticence, comment on peut en venir à bout, et avec quels symptômes il ne faut pas la confondre, le moment est venu d'en rechercher le mécanisme et de la situer dans la pensée délirante.

Deux explications principales apparemment opposées, peuvent en être données. La première, qui s'inscrit dans la perspective classique et intellectualiste de la conception des délires, considère la réticence comme une sorte d'épiphénomène, étranger au délire, et déterminé par la préoccupation de le dissimuler dans un but utilitaire. Le corollaire pratique de cette conception aboutit à en faire un symptôme péjoratif, indice de dangerosité. La deuxième, qui nous séduit davantage par sa compréhension plus large et plus intime de la pensée délirante elle-même, se représente la réticence comme partie intégrante de la structure mentale morbide, dont le sens ne peut être trouvé que dans une « conduite de mauvaise foi » dont il reste à donner une justification, et qui préexiste en quelque sorte au délire même. Cette constatation conduit à la considérer comme un symptôme dont l'intérêt

est avant tout diagnostique, le pronostic devant être recherché dans l'appréciation d'autres éléments cliniques.

En somme mécanisme de défense ou simple mode d'expression, tel est le problème que nous avons à résoudre.

⁂

La théorie classique considère la réticence comme un moyen de défense que le malade emploie délibérément, pour ne pas être enfermé ou pour sortir. Les faibles utilisent de telles fraudes pour lutter contre les forts. Comme l'enfant se sert du mensonge contre l'adulte, le malade emploie la réticence contre le médecin. Celle-ci se ramène donc à une forme de dissimulation des troubles mentaux à caractère pragmatique, utilitaire, inspirée par le jugement et le raisonnement.

Raviart (p. 38), donne l'expression achevée de cette idée très répandue de la réticence : « La plupart des délirants systématisés, les plus intelligents surtout, ont tôt fait de s'apercevoir que non seulement on n'écoute pas leurs doléances, mais qu'on ne croit pas à la réalité des maux dont ils se plaignent. Leur défiance s'en accroît d'autant, ils s'isolent dans le mutisme, ils deviennent réticents.

« Il est alors curieux de voir leur facultés intellectuelles, défaillantes dans l'interprétation des faits, se montrer actives, parfois même brillantes dans la dissimulation d'idées que le malade sait devoir être jugées fausses. »

La réticence obéirait donc à un projet volontaire, conçu en connaissance de cause, à caractère défensif.

Courbon conserve ce caractère volontaire comme essentiel, mais fait de la réticence un symptôme plus nuancé, limité strictement au silence sur les seuls phénomènes délirants, mais présentant à côté de la forme défensive, une forme expansive.

La forme défensive « procède soit de la crainte qu'a le sujet de ne pas être compris (réticence critique), soit de son obéissance à ses propres conceptions morbides (réticence délirante) » (p. 254).

La réticence critique est celle où se manifeste au maximum la conversation du jugement, qui « est de règle pendant toute la durée de certaines psychoses qualifiées de partielles à cause de cela et peut se rencontrer encore au début ou aux périodes de rémission de plusieurs autres maladies mentales » (id.). Cette survivance du jugement explique la réticence, qui est alors motivée au début, « pendant la période dite d'incubation du délire de persécution », par la « personnalité restée encore saine ». A cette période le sujet se tait parce qu'il se sent autre qu'il n'était, « il se méfie autant de soi que des autres, il a peur d'être pris pour un fou et privé de sa liberté comme malade ». Plus tard, la réticence est « consécutive aux leçons de l'expérience », elle est le propre des « aliénés qui percevant le rapport de cause à effet entre leurs actes et les mesures prises contre leur liberté, rectifient leur conduite conformément à cette constatation ». Plus tard enfin, la résignation survient et le sujet se tait parce que tout en conservant intactes ses idées délirantes, il a renoncé à les voir triompher.

Dans la réticence délirante défensive, « c'est la mentalité délirante du sujet qui l'inspire, tandis que la réticence critique provient de sa mentalité

lucide (id. p. 256) ». La notion d'intégrité du jugement est ici délibérément abandonnée.

La **réticence expansive** est celle qui, loin de cacher, veut faire deviner. « Elle a pour origine soit l'impuissance du sujet à trouver des mots adéquats aux sentiments à exprimer, soit la crainte de se compromettre, soit la supposition qu'il fait d'une entente tacite entre lui et son interlocuteur... Suivant que c'est la personnalité morbide ou non morbide qui a recours au silence pour se faire comprendre, on a affaire à la réticence expansive critique ou à la réticence expansive délirante » (**Courbon**, id. p. 263).

Cette théorie est sujette, sur son propre terrain, à plusieurs objections. La distinction des deux « mentalités », saine et morbide, reste à démontrer et ne constitue pas une explication. D'autre part les seules caractéristiques attribuées à la réticence, d'acte volontaire avec intégrité du jugement, sont délibérément abandonnées au cours de la description même. Peut-on appeler volontaire la réticence dite délirante, en rapport par exemple avec un ordre hallucinatoire ? Et peut-il y avoir intégrité du jugement dans un phénomène délirant ? Enfin, les quatre mécanismes décrits ne sont pas les seuls que la clinique nous présente et l'on rencontre couramment diverses intrications que l'on pourrait appeler : réticence délirante-critique, défensive-expansive, etc...

En fait on ne peut construire une théorie explicative d'un symptôme sans le rattacher à l'ensemble syndromique dont il fait partie et c'est en élargissant le débat que nous allons chercher le sens et la place de la réticence dans la psychopathologie des états délirants.

⁂

La réticence n'est pas un phénomène pathologique en soi, et on peut la définir en psychologie normale, comme un défaut de sincérité, ou une attitude de mauvaise foi.

La sincérité est une sorte d'attitude expansive, basée sur une confiance en autrui, un certain abandon, et un désir d'extérioriser son moi tel qu'on le juge être.

On voit déjà que ces conditions sont difficiles à rencontrer et que la sincérité absolue apparait comme un idéal inacessible. En effet, qu'un conflit quelconque surgisse dans le moi lui-même ou entre le moi et autrui et une réserve apparait aussitôt qui se marque dans toute l'attitude. Il y a, chez tout homme, des sentiments, des désirs, des tendances intimes, dont il a plus ou moins conscience selon les moments, et qui font qu'il se connait plus ou moins bien lui-même. D'autre part, il est rarement assez expansif pour faire part à autrui de tous ses désirs, et il est des individus qui se montrent fort peu communicatifs. Enfin, la confiance en autrui est souvent altérée du fait des conflits affectifs et des conflits d'intérêts qui sont la caracéristique de la vie sociale.

Nous nous trouvons donc en présence chez l'individu normal lui-même, de luttes permanentes entre ses tendances intimes, et les exigences de son moi social, entre sa personnalité et le milieu. Dans cette lutte, les éléments plus forts imposent un silence relatif aux autres, mais il en résulte une cascade ininterrompue d'attitudes artificielles, et plus ou moins réticentes. Notre personnage-à-l'usage-de-la-société est différent de notre moi réel, dans la mesure de ces conflits.

Cette réticence « normale », qui cache des

idées ou des sentiments contraires à la bienséance, est donc une qualité sociale qui s'appelle suivant les cas, décence, pudeur, sagesse, politesse... ou hypocrisie. Par toutes ces attitudes, le moi se cache, adopte un masque à l'usage des autres. D'ailleurs le moi pour soi et le moi pour les autres réagissent de façon permanente l'un sur l'autre ; on devient tel qu'on se donne l'apparence d'être, on ne se donne l'apparence d'être que ce que l'on est en définitive.

Est-ce un acte volontaire ? Est-ce une dissimulation ? Il semble que ce soit plutôt une attitude spontanée de l'individu aux prises avec son milieu, commandée par le besoin de se défendre, mais souvent aussi, seul moyen d' « être compris ». A ce titre, cette réticence devient franchise et même sincérité. C'est par exemple l'attitude de l'individu « maître de soi », cette expression désignant la qualité de ceux qui savent contrôler leurs actes et leurs paroles. Que vienne à survenir une passion, amour ou haine, jalousie, ou même une simple émotion, colère, douleur ou plaisir, surprise, et nous trahirons ces sentiments que nous cachions, nous révélerons ces tendances que nous mêmes connaissions mal, nous « lâcherons » ces « vérités » que nous essaierons vainement par la suite de rattraper. Cette équation : Perte de contrôle = Lever de la réticence normale, est illustrée par la sagesse populaire, dans le « In vino veritas » par exemple. Il est même curieux de voir que pour le vulgaire, la folie est elle aussi cette perte du contrôle, cette incontinence qui amène un individu à étaler tous ses sentiments, toutes ses idées. « L'aliéné, dit Dromard, (p. 58), obéit à ses impulsions exclusivement et sans correction parce que la contrainte sociale n'a plus sur sa vie aucune influence « et il cite à l'appui de cette

idée Erasme qui déclarait en parlant des fous : « Une qualité qui n'est certes pas à dédaigner, se retrouve chez eux au plus haut point : je veux parler de leur tant belle sincérité ». L'idée même de délire est donc, pour le profane, exclusive de celle de réticence. On voit comment, par ce rejet de l'aliéné hors de la réticence universelle, le problème qui nous occupe est faussé au départ.

Nous pourrions refaire, à propos de cette réticence normale tout notre chapitre de semeiologie, nous retrouverions les mêmes indices : silences éloquents, mots équivoques, mimiques révélatrices... Se basant sur ce fait, certains diront : c'est bien là une preuve qu'il s'agit là d'un phénomène normal, et que les délirants sont réticents dans la mesure où ils sont normaux. Nous pensons au contraire qu'ils peuvent être très anormaux et très réticents, et très réticents dans la mesure où ils sont très délirants, car ils sont malades autant dans leur réticence que dans leur délire, la réticence n'étant par ailleurs en elle-même, ni normale ni pathologique.

Revenons à la sincérité. Il est des cas où se taire, par exemple si on dit devant vous du bien de gens dont vous ne pensez que du mal, sera de la réticence-sincérité. Car nul ne se méprendra sur votre attitude. Mais si vous dites à quelqu'un une de ces vérités dont vous savez qu'elle lui sera très désagréable, vous agissez en sincére-réticent, car vous cachez le plaisir que vous avez à l'humilier ou à le vexer. Sincérité et réticence ne sont donc en définitive que les deux pôles de l'expression de soi, et toute expression comporte une part de chacune, qu'il s'agisse d'expression de sentiments ou d'expression de pensées, tant il est vrai que de toutes façons « le cœur est la dupe de l'esprit » et « l'esprit

la dupe du cœur », que subjectif et objectif sont toujours indissolublement mêlés.

Nous ne pouvons refaire ici la logique des sentiments, et les sentiments de la logique, qui font que les « passions » influent sur le jugement et même sur les perceptions : « ce que nous appelons nos idées, nos principes, nos opinions, nos croyances, tout cela n'est bien souvent que l'expression de tendances affectives profondes, habilement déguisées sous le couvert mensonger de quelque théorie. » (**Dromard**). Nous ne pouvons refaire non plus l'analyse du langage qui montre l'inadéquation habituelle entre les mots et la pensée, et la différence des sens attribuée au même mot, selon les individus, le moment, la façon de les dire, etc... Nous ne pouvons pas revenir sur le maquillage inconscient de la réalité, sur le rôle immense de la fabulation la plus sincère en psychologie.

Donc la sincérité est à peu près impossible, on se trahit toujours en voulant s'exprimer. **Sartre** analyse cette mauvaise foi inhérente à la plupart des états de conscience en y révélant ce qu'ils contiennent d'ambivalence et de contradiction.

La mauvaise foi diffère du mensonge en ce sens que le menteur est nécessairement au fait de la vérité qu'il déguise intentionnellement « on ne ment pas sur ce qu'on ignore, on ne ment pas lorsqu'on répand une erreur dont on est soi-même dupe, on ne ment pas lorsqu'on se trompe » (**Sartre,** p. 86), tandis que le sujet, dans la mauvaise foi, est en même temps le trompeur et le trompé. Le menteur sait qu'il a l'intention de tromper et agit en conséquence, le sujet de mauvaise foi se leurre lui-même sur une vérité déplaisante ou se représente

comme vérité une erreur agréable. Mais alors dira-t-on, il est sincère et non de mauvaise foi.

Qu'est-ce alors que la mauvaise foi, qui implique une dualité trompeur-trompé dans la même conscience. Dans une interprétation psychanalytique, on dira aisément : l'inconscient est le trompeur, le conscient le trompé, le plan de clivage entre les deux est la censure au niveau de laquelle se polarisent d'une part les tendances conscientes et d'autre part les tendances refoulées. Mais si, repoussant ces distinctions en grande partie verbales, et magiques, on admet une unité de la conscience, on est bien obligé d'admettre en définitive que la mauvaise foi est le fait pour une conscience de désirer ou de croire une chose qu'en même temps obscurément, elle sait être défendue ou on ne croit pas.

Aussitôt apparait la réticence. Dans l'interprétation psychanalytique, on parle de résistance. Au cours de la cure, à un moment, lorsque la vérité va se faire jour, « le malade témoigne de la défiance, refuse de parler, donne des compte-rendus fantaisistes de ses rêves, parfois même se dérobe entièrement à la cure psychanalytique « (id. p. 90). D'où vient cette résistance ? Ce ne peut être du « Moi » conscient qui ignore par définition le refoulé et qui a délibérément accepté d'en entreprendre, avec le psychanalyste, la liquidation. Ce ne peut être du refoulé, puisque, en tant que tel, il tend à faire irruption dans la conscience, à l'envahir. C'est donc de la censure. Mais alors la censure apparait comme la conscience tout court, qui veut mettre le complexe au jour, et qui veut en même temps le refouler, parce qu'elle le désire et qu'elle le hait, parce qu'elle le connait et qu'elle l'ignore. Sartre exprime cette idée ainsi : « Ainsi les résistances du malade impli-

quent au niveau de la censure une représentation du refoulé en tant que tel, une compréhension du but vers quoi tendent les question du psychanalyste et un acte de liaison synthétique par lequel elle compare la vérité du complexe refoulé à l'hypothèse psychanalytique qui le vise » (id. p. 91). Donc la censure est la mauvaise foi, qui détermine la réticence. La mauvaise foi est cette double activité par laquelle une chose est à la fois connue et désirée d'une part, cachée et repoussée d'autre part.

Ainsi, chez l'individu normal, nous trouvons une réticence authentique, qui se manifeste, à l'intérieur de la conscience et dans le comportement par les conduites de mauvaise foi, groupant tous les artifices, les apparences, la facticité, la duplicité impliqués dans une conscience qui supporte les exigences simultanées et réciproques d'être pour moi-même et d'être pour autrui. En un autre langage et ne pouvant aller plus loin dans cette analyse psychologique dont les développements sont certes infinis, mais eux-mêmes factices, nous voudrions simplement faire entendre que la réticence, qui est une des conduites de mauvaise foi, est dûe à l'interférence d'exigences intellectuelles secondaires et d'exigences affectives primordiales.

⁂

Chez nos malades, comme chez les gens normaux, la réticence est due au malaise de la conscience, qui se sent en défaut, en état de contradiction.

Un exemple emprunté à Sartre peut nous servir de transition : « Un homosexuel, écrit-il (p. 103) a fréquemment un intolérable sentiment de culpabi-

lité et son existence toute entière se détermine par rapport à ce sentiment. On en augurera volontiers qu'il est de mauvaise foi. Et, en effet, il arrive fréquemment que cet homme, tout en reconnaissant son penchant homosexuel, tout en avouant une à une chaque faute singulière qu'il a commise, refuse de toutes ses forces de se considérer comme « un pédéraste ». Son cas est toujours « à part », singulier ; il y entre du jeu, du hasard, de la malchance ; ce sont des erreurs passées, etc., etc... »

Encore un phénomène qui peut nous servir de transition, ce sont les « méconnaissances systématiques » étudiées par Vié et qui consistent dans le « refus déterminé et tenace en rapport avec des certitudes délirantes, de reconnaître ou d'admettre en dépit même de la plus forte évidence, des faits, évènements ou personnes qui intéressent de très près la personnalité profonde et qui semblent avoir disparu de la mémoire du sujet. »

Ces refus sont sous-tendus par une forte charge affective, le malade rejettant délibérément les faits sur lesquels il est en contradiction formelle avec l'entourage, et souvent avec lui-même. Il les repousse au moyen et en raison de la certitude délirante, correspondant à une nouvelle organisation de la réalité.

Les méconnaissances systématiques rappellent donc par leur mécanisme les phénomènes de la réticence et dans un bon nombre des observations rapportées par Vié, on trouve aussi des réticences. Mais en général méconnaissance systématique et réticence sont juxtaposées et ne font pas, pourrions-nous dire, double emploi. Ce qui est **méconnu**, est affirmé comme tel, nié avec force ; ce que est **caché** reste plus présent, actif, « névrotique ». Les points communs

sont d'une part la charge affective, d'autre part la néo-conception délirante du réel. Pour Vié, la méconnaissance systématique est un processus négatif indépendant de la partie constructive du délire et indiquant une désagrégation plus marquée de la personnalité. On peut y voir aussi une conduite de mauvaise foi particulièrement réussie et inséparable de la personnalité entière du sujet, dans son histoire et dans sa maladie.

Les éléments à rechercher pour une interprétation de la réticence chez les délirants, les délirants systématisés essentiellement, que nous prendrons pour type, s'inscrivent en effet les uns dans l'histoire de leur personnalité, les autres dans la présence de la psychose.

Quand nous parlons de ces délirants, nous pensons immédiatement à la « constitution » paranoïaque aujourd'hui classique. Nous nous représentons ces sujets dignes, corrects, pâles, souvent osseux et maigres, rétractés, dont le caractère a été considéré dès l'enfance comme original, misanthrope, autodidacte, chimérique, sophiste, psycho-rigide, mais pardessus tout ombrageux, fier, susceptible, raisonneur, antisocial, méfiant. Or, nous avons vu que la sincérité se définit par la confiance. Nous pouvons donc dire schématiquement : certains individus ont, comme caractère dominant de leur attitude, une disposition toute particulière à la réticence.

Le passage de la constitution, ou du tempérament, à la psychose est un problème qui ne peut être envisagé ici. La part des traumatismes affectifs auxquels le sujet est souvent très sensible en raison de son fonds d'orgueil et d'égocentrisme, d'hypermotivité, d'une tendance interprétative et de dispositions imaginatives, hypocondriaques, etc... les

mécanismes autopunitifs, sado-masochistes, etc..., tout cela est à préciser dans chaque cas particulier.

Enfin, le rôle des « expériences délirantes » et l'apparition des processus spécifiquement pathologiques comme l'automatisme mental, viennent à leur tour s'inscrire dans la nouvelle stucture créée par l'installation de la psychose.

Cependant, de nombreux éléments de la personnalité antérieure subsistent, identiques ou modifiés. Ainsi la mauvaise foi, si marquée chez ces sujets, demeure et se confirme, et la **disposition à la réticence** dont nous venons de parler devient la **réticence** telle que nous l'avons décrite en clinique. C'est en ce sens que M. Henri **Ey** disait récemment : « Je considère la réticence comme une **dimension structural de la paranoïa.** »

Ch. **Nodet**, définissant les délires de structure paranoïaque, souligne ces relations de la psychose et de la personnalité préalable, ce qui n'implique en rien une relation de cause à effet, mais conduit à une compréhension plus féconde du malade : « Son délire et sa personnalité peuvent se réduire aux critères classiques : Hypertrophie du moi (renversement de la proportion échec-prétention). - Méfiance. - Pauvreté du jugement. - Inadaptation sociale » (p. 119). Son délire, dit-il en substance, c'est sa vie, c'est un « récit dramatique dont le personnage central est le malade lui-même ».

Ainsi la réticence apparaît comme **antérieure** même au délire et, dans une perspective psychogénétique, comme une des **conditions d'existence** du délire.

Mais cette psycho-genèse n'explique pas tout, ici comme ailleurs, pas plus que la théorie constitutionnaliste, qui ne voit dans la psychose qu'une

sorte d'épanouissement paradoxal de la personnalité. L'aliénation survient dans la conjoncture d'un développement de tendances innées, et d'un conditionnement de milieu, mais nous ne devons jamais oublier l'immense domaine que l'organisme offre à nos investigations, et l'apport de la biologie à la psychiatrie.

Du fait même de la maladie, la réticence devient autre. Elle suit désormais les phases de cette maladie, elle en reçoit le contre-coup à chaque période.

Ainsi nous allons la voir survenir au maximum au cours des moments féconds, des expériences délirantes (Erlebnis), des paroxysmes hallucinatoires...

Ces états sont immédiatement sous-tendus par une anxiété très marquée, dont la traduction intellectuelle est la perplexité. Ces expériences, le mot l'indique, ont un caractère intense de vécu, de « participation », partant d'incommunicable, d'ineffable. Les faits y deviennent pénétrables, mais par une compréhension d'ordre intuitif, mêlée à un sentiment pénible d'influence ou d'effraction. Tout cela se prête mal à une conceptualisation et à un récit, c'est du vécu, du senti, et non du pensé, encore moins du parlé. Ce bouleversement structural de la pensée auquel correspond le délire, entraîne d'une façon bien compréhensible une réticence où la volonté entre pour une bien faible part, et où l'incapacité d'expression est primordiale.

Les événements extérieurs à retentissement émotif jouent le même rôle, ainsi l'internement, un transfert, un changement de milieu, une visite, le simple examen médical.

La réticence est donc liée à l'état émotif, et nous retrouvons là l'importance du « ton affectif ».

signalé au début de cette étude. Que cet état émotif disparaisse, la réticence disparaît du même coup, le délire étant exposé alors comme une chose pénible mais passée. A l'opposé, la réticence est parfois supprimée quand l'émotion et le délire renversent les barrages pour envahir toute la conscience et s'épancher comme un flot, comme dans l'épreuve à l'Ortédrine.

En un mot, la réticence apparaît comme une sorte de réactif non pas de l'activité délirante elle-même, mais de l'état affectif sous-jacent. Elle est intimement liée au tempérament délirant et au délire lui-même, mais en tant que ceux-ci ont une certaine charge affective.

Nous devons introduire ici une distinction. La réticence, mauvaise foi authentique, est liée au couple agressivité-culpabilité qui se révèle dans le délire. De ce couple, nous voyons tantôt le côté douloureux, fait d'anxiété, de désarroi, de perplexité, tantôt le côté hyperesthésique et agressif.

Dans le premier cas, en général celui des moments féconds, la réticence est surtout liée à une incapacité d'expression. Comme les données sensorielles de l'expérience sont modifiées, ainsi que le prouvent, par exemple, les hallucinations, les données intellectuelles du langage sont troublées et la réticence est le reflet de ce parasitisme de la pensée délirante. C'est dans ces cas que le malade se tait parce qu'il en reçoit l'ordre hallucinatoire : « Tais-toi, ferme-la », etc..., ou parce qu'il a peur, ou parce qu'il ne sait pas s'exprimer autrement pour se faire comprendre.

Dans les périodes d'agressivisité, au contraire, la réticence est une construction au service de l'hypersthénie, et procède de la paralogique.

Dans tous les cas, elle traduit l'ambivalence des aspirations du sujet et des résistances qui s'opposent à leur réalisation.

M. P. Abely, dans une communication récente (A.M.P., déc. 1948) sur « La mauvaise foi chez les Délirants », donne une interprétation voisine, mais rattachée à une théorie physio-pathologique. Pour cet auteur, la mauvaise foi des délirants est un processus de défense, soit contre autrui, soit contre soi, selon que le fond du délire est basé sur l'angoisse ou sur l'anxiété. Cette mauvaise foi est un refuge comme l'alcool ou les stupéfiants. Autodéfense ou contre attaque, il s'agit pour le sujet de fuir un danger interne, de la projeter à l'extérieur, afin de déplacer sa responsabilité d'origine. Cette mauvaise foi est la négation par le sujet de sa propre vérité, c'est encore une fois le trompeur trompé. M. P. Abely estime que ce processus se retrouve avec des modalités diverses dans tous les états délirants : mélancoliques, maniaques, hallucinatoires, interprétatifs... Le support en est physiologique, et les thérapeutiques de choc, en modifiant ce substratum peuvent ainsi amener la disparition de cet état de mauvaise foi, et, corrélativement, des idées délirantes. On voit que dans cette conception, mauvaise foi et idée délirante sont inséparables.

L'importance du côté physiologique de cette question nécessiterait un travail spécial. Ainsi, deux auteurs américains, Darrow et Solomon [8], ont étudié les variations de la tension artérielle et des résistances électriques au cours du mutisme et des divers états d'opposition. Ils distinguent quatre groupes (résistance mutism, résistance mutism with tension or anxiety, mutism associated with passive submissive attitudes, and indifference mutism).

Les épreuves au Pentothal, à l'Ortédrine sont à étudier dans le même sens.

Il est donc permis de dire en conclusion : la réticence, conduite de mauvaise foi, préexiste à la psychose en tant que phénomène normal et que disposition plus marquée chez certains sujets, et elle est inhérente à la pensée délirante de ces mêmes sujets, quand ils deviennent délirants, en tant alors que phénomène pathologique intégré dans une nouvelle structure.

••••••••

CHAPITRE IV

Applications Pratiques

De l'idée que l'on se fait de la réticence, découle tout naturellement l'attitude que l'on adopte à l'égard des malades réticents. Les conséquences de cette attitude sont très importantes, comme toujours en psychiatrie, lorsqu'il s'agit de priver un individu de sa liberé, de compromettre sa situation sociale, sa vie familiale.

La conduite à tenir à l'égard des malades délirants et réticents est donc une question pratique qui mérite d'être examinée avec attention.

Le problème se pose tout d'abord à l'entrée, chez un malade vu en consultation, amené par sa famille, ou après une réaction ayant motivé un examen psychiatrique. Il va sans dire que nous envisageons uniquement le cas où le sujet est examiné malgré lui.

La réticence peut apparaître dans le tableau clinique comme très accessoire, par exemple, la réticence épisodique des maniaques, localisée des mélancoliques, maniérée des schizophrènes, dérisoire des débiles. Dans tous ces cas, l'hospitalisation est justifiée par un diagnostic dans lequel on ne tient même pas compte de la réticence, s'il y en a, tant il est fondé sur des troubles plus impor-

tants des actes ou du cours des idées. Ici la réticence ne suscite aucune difficulté d'ordre pratique.

Dans d'autres cas la réticence est prévalente, soit que le sujet nie les actes ou les idées qu'on lui prête, soit qu'il présente des faits une version plausible, et qu'il n'exprime aucune idée franchement délirante. La nécessité d'un examen clinique soigneux, en dehors de toutes conditions d'atmosphère policière, et une critique minutieuse des témoignages s'impose alors.

Ayant d'abord enregistré avec soin les rapports relatifs au délit, aux plaintes, s'il y en a, ayant fait confirmer les dires de l'entourage, des voisins, etc..., il faut établir que le sujet est réticent, en se basant sur les signes que nous avons discutés. Etablir qu'il est réticent et donner cette réticence comme un symptôme morbide, c'est affirmer qu'il est délirant, puisque les indices de la réticence sont des signes indirects du délire ; la réticence est un aspect du délire.

Il reste enfin à prouver que le malade est réticent, et pour cela il faut lever sa réticence, au moins suffisamment pour juger de la nature et de la nocivité des idées délirantes. Nous pouvons en effet nous trouver en présence d'un de ces innombrables paranoïaques sthéniques, « ombrageux et fiers », méfiants, mais inoffensifs, et chez qui il est difficile de faire le partage entre des convictions normales et des idées délirantes. De plus, ces sujets sont éminemment convaincants, ils multiplient les démarches et trouvent souvent audience près du public, des journalistes. Fréquemment ce sont des membres de la famille, qui viennent réclamer instamment la sortie, persuadés que leur parent n'est atteint d'aucun trouble mental. Enfin, nous savons

qu'il est des conditions de vie compatibles avec une certaine activité délirante, la conservation des capacités professionnelles permettant au malade de subvenir malgré tout à ses besoins et à ceux de sa famille.

En l'absence de faits précis, de témoignages irréfutables, il faut donc, pour justifier un placement, que la réticence soit authentique, c'est-à-dire que le ton affectif, le langage, la mimique... laissent transparaître au moins quelques éléments du délire, puisque nous avons admis qu'un malade ne peut avoir un délire assez localisé pour que toute sa vie psychique et son comportement n'en portent les stigmates.

Parmi ces fuites, nous avons insisté sur celles du ton affectif et c'est en effet là un des meilleurs **critères de dangerosité** : un délirant est dangereux pour lui-même ou pour les autres quand son affectivité est entièrement polarisée dans le sens de son délire, quand il adhère intimement au fonds émotionnel de ses idées. Ce sont les sujets hypersthéniques, agressifs, qu'il faut faire hospitaliser, de même que les déprimés, rétractés sur leurs convictions ou repliés sur leur décision.

A cet effet il est très important de déterminer s'ils sont réticents, à quel sujet, dans quelle mesure et pourquoi, mais ce n'est pas parce qu'ils sont réticents qu'on doit les faire interner. C'est en raison de symptômes d'un état délirant dangereux parmi lesquels la réticence est un symptôme de délire mais non de dangerosité. En cas de réticence isolée on doit simplement les mettre en observation.

Il peut encore arriver, surtout en cas de délire systématisé, que le malade soit examiné à la suite

d'un acte répréhensible : plaintes réitérées aux autorités, démarches multiples et inopportunes, menaces précises confirmées par des témoins, scandales publics, délits ou crimes... Il ne s'agit plus alors d'un rôle de prévention mais d'un rôle d'assistance, et la question posée à l'expert est de déterminer s'il s'agit d'un cas de démence au sens de l'article 64. Or de tels malades revendiquent en général la responsabilité de leur acte et protestent de leur santé mentale. Ils réclament « la justice » et rejettent paradoxalement toute atténuation de responsabilité. C'est grâce au diagnostic de la réticence que de tels sujets, autrefois fréquemment condamnés, sont aujourd'hui dirigés vers l'hôpital psychiatrique, leur véritable destination. D'où la nécessité d'examiner mentalement la plupart des accusés, même s'ils n'ont pas de signes évidents, pour le profane, de troubles mentaux. F. Pactet [24] rapporte quatre cas de délire de persécution non diagnostiqués et pour lesquels il y eut condamnation à l'amende, à la prison, à la réclusion et aux travaux forcés. Taty [32] cite également un certain nombre d'erreurs judiciaires de cet ordre (1899). Porot [26], au Congrès de Médecine légale de 1926, rapporte l'observation d'une persécutée hallucinée qui, au cours d'un raptus anxieux, tua une de ses voisines. Commis comme expert, Porot la vit d'abord en pleine crise anxieuse, avec insomnie, tachycardie, etc... L'accès calmé, au bout de trois semaines et pressentant la mesure d'internement qui l'attend, la malade s'accuse d'avoir simulé, et, pour se disculper, prétend que sa sœur a été l'instigatrice de son crime et de sa simulation (auto et hétéro-accusation). Cet exemple fait ressortir une fois de plus l'intrication des conduites de mauvaise foi : réticence, dissimulation, mensonge, etc..., et

la nécessité dans tous les cas de fonder son jugement sur des examens cliniques honnêtes, répétés, et au besoin confirmés par un autre médecin.

⁂

La question de l'entrée des délirants réticents à l'hôpital psychiatrique ne se pose plus avec autant de gravité qu'au temps, encore si proche de nous, des « asiles », et au temps du dogme de l'incurabilité des délires, sanctionné par l'internement à vie. L'institution des services libres, la valeur des thérapeutiques biologiques et occupationnelles, l'idée de la réadaptation sociale des malades mentaux, permet d'entrevoir un temps où les malades si authentiques que sont les délirants systématisés trouveront des conditions de vie compatibles avec leur maladie, avec un maximum de liberté et, ce qui n'est pas à dédaigner, avec un minimum de frais pour la société. En attendant de découvrir la cause et le remède de la maladie elle-même, si on peut la séparer de ce contexte.

Mais le problème de leur sortie soulève encore des difficultés théoriques et pratiques d'une importance capitale. Nous n'envisagerons que les positions théoriques relatives à la réticence et nous examinerons les points de vue en présence. Certains voient dans la réticence un symptôme péjoratif, en faveur du maintien, d'autres un symptôme favorable, en faveur de la sortie. En réalité ces positions sont à côté du problème et la sortie des délirants repose sur d'autres éléments.

Raviart [27] écrit un véritable plaidoyer en faveur de l'internement des délirants. Pour lui la réticence est un symptôme redoutable car elle permet à des malades de mener, parfois durant des années, une

existence normale, alors qu'ils devraient être enfermés et ne plus sortir. Si l'on en croit cet auteur, une bonne partie des gens qui nous entourent, dans la rue, au spectacle, etc..., sont éminemment dangereux parce que délirants. « Point n'est besoin d'insister, écrit-il (p. 42), pour vous faire comprendre que cette réticence des aliénés raisonnants, des persécutés interprétateurs surtout, domine toute la question, et que la connaissance de ces formes morbides est nécessaire pour les dépister.

« En effet, si un éclat, une explosion de colère au cours de laquelle les malades extériorisent leur délire, n'ont pas attiré l'attention sur eux, sinon provoqué leur internement, ils peuvent durant des mois et même des années (sic), forger en silence leur chaîne délirante.

« En attendant l'ultime réaction qui sera quelquefois un irréparable malheur, ils pourront continuer à exercer des fonctions parfois importantes, ne présentant que des mouvements d'humeur ou des attitudes hostiles mis sur le compte de tout autre chose que la maladie.

« Ce ne sont pas ces derniers malades seulement que vous coudoyez dans la rue, nous en savons qui se sont évadés des établissements d'aliénés, un certain nombre sortent des prisons à l'expiration de leur peine, leur état d'aliénation n'ayant pas été remarqué. D'autres enfin ont quitté les asiles, réclamés par les leurs. Trop vite oublieuse des violences passées, leur famille a importuné le médecin pour en obtenir le certificat de sortie. »

Ces affirmations contiennent assurément une part de vérité, mais on voit à quelle conception de la prévention sociale elles peuvent aboutir : alors même que sa conduite n'a pas donné lieu à des

actes répréhensibles, on internera tout sujet dont les idées seront qualifiées de délirantes ou qui sera considéré comme réticent. Les médecins doivent se baser sur d'autres critères pour priver quelqu'un de la liberté. Nous citerons cependant deux observations empruntées à la littérature et qui font bien ressortir la gravité du problème.

EXEMPLE N° 13

Kohler (de Genève), au Congrès des Aliénistes et Neurologistes (Bordeaux, 1931, p. 233), rapporte le cas d'une femme de 50 ans, persécutée, qui alla le trouver pour faire disparaître ses maux, dûs à des gens malveillants opérant par T.S.F., et ses voix qui la tourmentaient la nuit. Elle se comportait très aimablement avec tout le monde et la fille seule était au courant de ses idées. Celle-ci ne voulut pas suivre les conseils du médecin et faire observer sa mère en clinique. Elle la garda chez elle, avec son mari aveugle et continua de l'entourer de ses soins affectueux, bien qu'accusée par la malade de faire cause commune avec les persécuteurs. Les ressources de la famille étaient uniquement constituées par les revenus de la mère. Quatre ans après, celle-ci, toujours délirante et réticente, mourut, et la fille eut la douloureuse surprise d'apprendre que sa mère la déshéritait complètement. Elle dût quitter la maison avec son mari aveugle, le testament étant parfaitement valable.

On voit là une des conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de la réticence : le testament du délirant. C'est tout le problème de l'interdiction judiciaire et de la validité testamentaire qu'il nous faudrait reprendre du point de vue de la réticence. Soulignons seulement que dans le cas de Kohler, le médecin avait conseillé la mise en observation, se basant sur des éléments qui n'étaient pas en rapport avec la réticence et tenaient à l'intensité de la conviction délirante.

EXEMPLE N° 14

X..., 32 ans, avait 29 ans quand son père se pendit, le laissant son légataire universel en déshéritant sa femme qu'il accusait de l'avoir trompé. X... garda sa mère mais devint bientôt méchant avec elle, l'accusant de lui en vouloir à cause du testament, de chercher à l'empoisonner, etc..., finalement, tirant sur elle un coup de fusil qui la blessa légèrement.

Interné alors comme atteint de délire de persécution avec hallucinations du goût, de l'odorat, de l'ouïe et de la sensibilité générale, X... se montra d'abord parfait à l'asile, se félicitant d'être à l'abri des agissements de ses ennemis. Puis les perversions sensorielles revinrent et le malade affirma que les gardiens, gagnés par sa mère, recommençaient à le droguer.

Au bout de quinze mois, il travailla dans les champs de manière très satisfaisante, ne se plaignit plus d'être tourmenté, émit des doutes sur la réalité du passé, puis reconnut avoir été malade, et enfin témoigna d'un retour complet de ses sentiments affectifs. Un an s'écoula ainsi, le malade paraissant absolument sain d'esprit et réclamant sa sortie. Sa mère demanda également cette sortie, persuadée que son fils était guéri. Trois experts, « médecins étrangers aux choses de la folie », furent commis, le médecin-chef refusant cette sortie. Ils demandèrent, en raison de la tentative d'assassinat, six mois encore d'observation. Le malade connut cette condition et se tint parfaitement tranquille. Les six mois écoulés, les experts se réunirent à nouveau et, en raison de l'indiscrétion, demandèrent à nouveau six mois. Le malade ne se trahit pas davantage durant cette nouvelle épreuve. Il s'occupait très activement dans les jardins, en attendant, disait-il, avec résignation et confiance la décision médicale qui devait tôt ou tard lui être favorable, vu sa guérison et ses regrets du crime. Quand les experts se réunirent la troisième fois, depuis près de deux ans, le malade n'avait plus donné aucun signe d'aliénation.

Sa sortie fut accordée, et X... quitta l'asile une après-midi avec sa mère. Le lendemain matin, il se présentait à la porte de l'établissement. Dans la nuit même, il avait assassiné la pauvre femme à coups de hache. Fier de son acte, certain de n'être plus tourmenté, il avait pris ensuite le train pour venir se constituer prisonnier, après avoir jeté à la poste, à l'adresse du Procureur, une lettre le remerciant d'avoir facilité un acte de justice qui mettait un honnête homme à l'abri des misères qu'on lui infligeait depuis tant d'années.

Mais au bout de quelques semaines, les perversions sensorielles revinrent et, furieux, le malade attribua ses nouvelles persécutions à la famille de sa mère qui, à défaut d'argent, avait hérité de sa haine.

Une telle observation paraît au plus haut point justifier le maintien indéfini des délirants systématisés. Mais ici encore nous avons souligné au passage que l'expertise fut faite par des « médecins étrangers aux choses de la folie », le médecin-chef refusant la sortie. Il n'est pas fait état des éléments sur lesquels celui-ci basait son refus, il est cependant probable que la réticence du malade ne pouvait être trompeuse pour lui et que l'on devait retrouver les critères de dangerosité habituels, hypersthénie, adhérence au délire. Quand un délirant présente ces caractéristiques, auxquelles il faut ajouter la désignation précise des persécuteurs, il n'est pas de réticence qui parvienne à les masquer aux yeux du psychiatre.

Laignel-Lavastine, Ch. Durand et P. Neveu [17] en ont rapporté un bon exemple, sous le titre : Réticence dans un délire de filiation :

EXEMPLE N° 15

Il s'agit d'un malade âgée de 46 ans, garçon coiffeur.

Le début des troubles mentaux est antérieur à 1931, date à laquelle il attire l'attention de la Préfecture de Police par des lettres où il revendique la restitution du titre de Prince impérial. Il n'est interné qu'en 1938 à la suite de démarches plus importunes. Le thème du délire est alors riche et précis : le malade prétend être le Prince Joachim-Napoléon Bonaparte et réclame la restitution du titre et de la fortune afférente. Il n'est alors nullement réticent. Ce n'est qu'en 1940, deux ans après l'internement, plus de dix ans après le début des troubles, qu'il abandonne ses revendications délirantes. « Avec une grande habileté, il allègue un abandon de la conviction délirante : « C'est

une idée, dit-il, que je me suis forgée pendant que j'étais à la Légion. Cette imagination a été entretenue par les officiers que je servais au mess et qui m'appelaient Napoléon par plaisanterie. J'ai été malade et la preuve, c'est que l'on m'a placé à l'asile. »

« Malgré les interrogatoires répétés et prolongés, il est impossible d'obtenir de lui autre chose qu'une affirmation de réduction du délire... Il repousse avec ténacité la suggestion de sa filiation princière. » Parallèlement, le malade entreprend de multiples démarches pour obtenir sa sortie et un juge de paix venu le voir est ébranlé par sa logique, demande un certificat de situation. L'assistance judiciaire lui est accordée (à son insu) quand, le 25 avril, il écrit trois lettres où sont réaffirmées les idées délirantes. En particulier, dans la lettre adressée au médecin, il s'excuse de « l'avoir trompé sur son identité » et il signe : Joachim-Napoléon Bonaparte.

La conclusion des auteurs souligne bien les aspects clinique et médico-légal du problème. A côté du « rôle de l'automatisme de l'écriture, qui lève parfois certaines inhibitions du langage oral qui empêche quelques personnes de se confier de vive voix alors qu'elles le font mieux par écrit... », ils insistent sur le rôle des signes indirects de délire : « L'apparence de guérison, de rectification du délire eut été complète si le malade n'avait présenté un symptôme essentiel, l'hypersthénie, qui se manifestait dans l'attitude hautaine, assurée, vigilante, et dans la véhémence avec laquelle il soutenait son allégation. Il est certain que c'est le ton affectif qu'il est le plus difficile de modifier volontairement, alors que le thème délirant n'est qu'un récit, qui peut être altéré ou dissimulé. Le diagnostic du délire chez ce malade reposait donc sur des caractères en quelque sorte objectifs, l'hypersthénie, la véhémence, l'orgueil, qui ont plus de valeur au point de vue pathologique, que le thème lui-même. »

« Cependant, si nous savons quelle importance

il faut attacher au ton affectif et à l'examen du fond mental des délirants, il est loin d'en être ainsi chez les profanes. C'est pourquoi ce malade a pu impressionner fortement un magistrat par ses déclarations et l'accent de conviction profonde avec lequel il les formulait... Il a pu provoquer des enquêtes qui n'ont pas abouti parce que la disparition de la dissimulation a confirmé, de façon indiscutable, notre diagnostic. Mais on peut imaginer sans peine les difficultés que ce cas aurait pu susciter. »

Cette observation confirme l'idée que la réticence ne peut en aucun cas tromper un psychiatre, si elle constitue pour lui une difficulté d'ordre clinique. Ce n'est pas parce qu'un malade est réticent que nous demanderons ou refuserons sa sortie, pas plus que nous ne nous basons sur ce symptôme pour conseiller son entrée.

*
* *

Un auteur récent, Koressios [15], soutient cependant une théorie selon laquelle la réticence constitue une forme de guérison, au moins sociale, des délires. A son avis, la réticence est le témoin de « l'enkystement » du délire, c'est-à-dire d'une sorte de mise en repos, de baisse de tension, nous dirions presque de cicatrisation. Au point qu'il conseille de la suggérer au malade, et la considère comme un moyen thérapeutique. Pour cet auteur, « la réticence est un étape vers l'amélioration du délire », car « elle implique une conservation de l'affectivité agissante du malade, et de celle-ci dépend, en dernier ressort, la réduction de tout délire » (p. 261). « Il importe de savoir l'utiliser dans toute tentative de réduction expérimenale lorsqu'elle existe déjà, d'essayer d'en

favoriser l'éclosion lorsqu'elle est absente » (p. 268). Il y a pour cela des moments plus favorables ; ainsi, plus le délire est actif, ou plus il est ancien, plus il est difficile d'obtenir la réticence (p. 266).

Il s'agit, en somme, pour Koressios, d'entreprendre une rééducation du délirant, de lui apprendre à « répondre correctement », c'est-à-dire à cacher son délire. Cette réticence suggérée est possible, et ce fait est intéressant du point de vue théorique, mais dans les cas où on l'obtient, elle n'est en rien nécessaire à l'amélioration, tout au plus est-elle en quelque sorte complémentaire. Et dans les autres cas on ne peut l'obtenir. Ceci confirme une fois de plus que le thème et la forme du délire importent moins que l'affectivité sous-jacente.

Sur son propre terrain, il est des objections auxquelles le travail de Koressios ne répond pas : l'affectivité agissante dont il parle est mal définie. S'il s'agit d'une affectivité en quelque sorte normale s'opposant à l'affectivité délirante, on retombe dans les artificielles distinctions qui séparent réticence critique et réticence délirante. De même la notion d'activité et d'ancienneté ne sont nullement exclusives du symptôme. Un malade peut avoir une affectivité très active, une activité délirante très marquée et très ancienne et être très réticent, sans pour cela être nullement amélioré. La théorie n'explique pas non plus pourquoi certains malades sont réticents avec certaines personnes, pas avec d'autres, certains jours et pas d'autres.

La réticence ne peut donc pas plus constituer un signe d'amélioration permettant la sortie qu'elle n'est un critère de dangerosité justifiant un maintien...

⁂

Le pronostic de la sortie est lié : avant celle-ci, à la thérapeutique, tantôt par les agents physiques comme le souligne P. Abely, tantôt par les agents biologiques, toujours par la réadaptation sociale et professionnelle, et le pronostic ultérieur est lié à des conditions de vie adéquates à chaque cas. Le malade une fois sorti doit rester en contact avec son psychiatre, comme le tuberculeux doit rester en contact avec le phtisiologue, et tout malade avec son médecin. L'assistante sociale doit le suivre, favoriser la reprise de l'activité, guetter et prévoir les rechutes. Dans ces conditions beaucoup de malades considérés comme incurables peuvent reprendre une place dans la société.

Le premier exemple sera une comparaison avec les « délires chroniques des alcooliques ». Neveu [22], dans sa thèse, après Legrain, insiste sur les éclipses ou occulations des délires alcooliques. A première vue ces éclipses diffèrent de la réticence en ce sens que durant tout le cours de l'occultation, le délire serait inconscient, inconnu du malade lui-même. En fait, il est simplement « oublié » puisqu'il reparaît quand le malade, sorti sevré et sans délire, revient à nouveau imprégné et délirant. Ici se voit au maximum la contingence du délire lui-même, et le rôle de l'onirisme à tous ses degrés. « Ce qui est refoulé, insconscient dans ces périodes (d'occultation), c'est la charge affective du délire..., ce n'est que le ton affectif insuffisant qui en empêche l'extériorisation. » (P. 130.)

En un mot, modifions suffisamment le terrain d'une part et le milieu d'autre part, et le malade ne boira plus et ne délirera plus. En ce qui concerne la sortie elle-même, l'absence d'extériorisation, par chute de la tension affective, tient lieu de rectifi-

cation et permet une réadaptation et une vie ayant toutes les apparences de la vie normale.

Le deuxième exemple est celui d'un malade qui, en dépit d'un délire patent, vit depuis plusieurs mois une vie normale suivi périodiquement par l'assistante sociale et par le service, où il vient de lui-même pour demander et recevoir des conseils.

EXEMPLE N° 16
(Service du Dr SIVADON)

T... Michel, 45 ans, ajusteur.

Infirmerie spéciale, 28 avril 1948 : « Délire de persécution à base interprétative, durant depuis juillet 1947. On l'empoisonne. Surprend des allusions, des regards. Interprète des propos fortuits, des malaises. Le dessinateur de l'usine où il travaille mène la bande ; le contremaître est « de la combine ». Dénonciation du dessinateur au commissariat. Extension progressive du thème... (Dr Michaux.)

Relevé dans les certificats immédiats et de quinzaine : « Délire de persécution à base interprétative, type Sérieux et Capgras... Réactions dépressives et anxieuses... Insomnies... Extension du délire, systématisation pauvre... Début d'extension du délire à l'entourage hospitalier... » (Drs X. Abely, Sivadon, Follin.)

T... est né en Hongrie, aucun antécédent pathologique, héréditaire, collatéral ni personnel notable. A travaillé en usine depuis son arrivée en France, s'est marié et a un fils de 22 ans. En 1942, n'ayant pas de travail, va travailler en Allemagne. A son retour en 1945, est en butte aux tracasseries des voisins, arrêté et interné trois mois à Drancy avec sa femme. Ne retrouve une place intéressante qu'en mai 1947.

Le début des troubles remonte à juillet 1947. Il a des maux de tête, des douleurs abdominales, des éjaculations sans érection fréquentes, et il s'aperçoit que le contremaître saupoudre sa nourriture, de connivence avec une jeune femme. Puis il se rend compte que tout l'atelier est complice, le dessinateur fournit la poudre. Ils veulent le faire disparaître, peut-être parce qu'il est né en Hongrie. C'est un complot communiste. Il prend des contre-poisons, enferme ses affaires à l'aide de cadenas. Rien n'y fait. En février 1948, il prévient la police. Il y a arrêt des manœuvres, car l'atelier est interrogé. En l'absence de preuves ils sont

relâchés. Un mois après, ils recommencent. Fin avril, le malade est interné.

D'après sa femme, il a toujours été très sérieux, sobre, bricoleur, casanier. C'est lui qui a construit la maison qu'ils habitent. Bonne entente de la famille, quelque penchant à l'autoritarisme de sa part.

Traitement : insulinothérapie.

Fin mai, le malade prend une attitude de réticence souriante : « J'ai un peu le cafard. Je voudrais rentrer à la maison. Je ne veux pas vivre en cage. C'est comme un oiseau qui vivait en liberté, en cage il se tuera. » Il estime qu'à l'hôpital il y a des gens qui lui en veulent, on a tenté de l'empoisonner.

Le 25 mai, déprimé, anxieux : six électro-chocs.

Le malade est orienté vers la menuiserie, s'acquitte de son travail à la satisfaction générale. En juillet, détendu, confiant, conserve ses convictions délirantes.

En août, première permission. Très amélioré à partir de ce moment, mais quelques idées de jalousie. Le délire est suffisamment dépouillé d'affectivité.

En octobre, permission de un mois. Il reprend un nouveau travail, mais finalement, retourne à son ancienne entreprise où il gagne davantage. A acheté un cadenas perfectionné pour protéger sa nourriture.

Revu en décembre, tout va bien.

En janvier 1949, l'activité délirante reprend, il accuse sa femme de le tromper. On l'empoisonne à nouveau, mais cette fois en s'introduisant chez lui à l'aide de fausses clés. Sthénique, méfiant et réticent. Le dessinateur met sa voiture à leur disposition. Il les a attendu chez lui avec une matraque, mais ils ne sont pas venus. On le persuade de rentrer volontairement dans le service, il accepte le 15 janvier.

En février il est persuadé que les infirmiers cherchent à l'empoisonner. Il essaie deux fois de s'évader. En mars, l'activité délirante décroît.

En avril, on lui accorde à nouveau des permissions. Il sort et depuis l'amélioration se maintient. T... travaille très bien, et ne cause d'ennuis à personne. Il enferme toujours ses affaires à l'aide de cadenas et ne parle pas de ses craintes d'empoisonnement.

De telles observations prouvent le désir des malades d' « en sortir ». Ils luttent en général contre la maladie et nous demandent de les aider dans cette

lutte. L'internement pur et simple, non seulement n'a aucune valeur curative, mais au contraire, par l'oisiveté et la coercition, fortifie la conviction délirante, que le temps se charge de fixer. Le malade perd confiance, son désarroi interne devient méfiance générale, la réticence comme conduite de dissimulation est inévitable dans ces circonstances. Nous devons en somme tenir compte au maximum de leur mauvaise foi, et favoriser au maximum leur bonne volonté. Ainsi, en leur inspirant confiance, nous pourrons dans bien des cas voir devenir réalisable une sortie que nous n'aurions pas osé espérer. Nous pouvons voir, comme dans ce cas, un délirant revenir spontanément voir le médecin en qui il a confiance et qui a osé avoir confiance en lui.

••••••••

Conclusion

La réticence est un symptôme de psychiatrie courante, intéressant à étudier en raison de son double aspect : conduite de dissimulation d'idées délirantes, et façon de faire entendre ce que ne pourraient exprimer les paroles. Rétraction méfiante, elle s'oppose à l'expansion confiante, ou sincérité.

La réticence se rencontre au cours de la plupart des affections de nosographie classique, mais c'est principalement dans la paranoïa qu'on la trouve avec une grande fréquence et qu'elle pose des problèmes pratiques dont les conséquences peuvent être très importantes.

En clinique, la réticence se montre toujours sous-tendue par un tonus affectif anormal, hypersthénie en général, parfois hyposthénie. C'est ce ton affectif qui lui donne un « timbre » que l'aliéniste doit reconnaître.

Elle se reconnaît à divers indices qui sont des « signes indirects de délire » : phrases pathognomoniques, dysharmonie entre les paroles et le ton, la mimique, le comportement, les témoignages d'autrui, les écrits.

Forme, objet et contenu de la réticence sont inséparables, de même qu'on ne peut la dissocier du délire.

Lever la réticence est la seule véritable preuve que l'on en puisse donner. Pour cela, une seule

méthode est valable : inspirer confiance au malade, obtenir une détente, la réticence ayant toujours un caractère plus ou moins « névrotique ». Les moyens pharmaco-dynamiques modernes, peuvent faciliter cette tâche.

La réticence se distingue du mutisme, de la dissimulation, de la résistance au cours des cures psychanalytiques, de l'opposition et du négativisme, de certaines dysmnésies et de l'insuffisance conceptuelle des débiles. Cependant, on retrouve fréquemment dans tous ces états, un fond analogue d'anxiété et une part de mauvaise foi.

La réticence est une « conduite de mauvaise foi » dans la mesure où elle contient l'ambivalence signalé dans sa définition : désir de cacher et de laisser entendre, d'exprimer et de refouler, avec un fond d'angoisse et la conscience plus ou moins obscure de ces exigences contraire et simultanées. L'étude psychologique rejoint ainsi la description séméiologique et la réticence révèle l'existence d'un conflit entre les tendances intimes du sujet et entre le sujet et le milieu.

La méfiance fondamentale des paranoïaques se prolonge dans la réticence, qui apparaît comme une « dimension structurale » de la psychose. L'évolution des phénomènes pathologiques qui marquent le cours de celle-ci : automatisme mental, moments féconds, paroxysmes hallucinatoires... et l'évolution des conditions de milieu : internement, changement d'hôpital, de médecin..., retentissent toujours sur la réticence, soit qu'ils l'exacerbent, soit qu'ils la dissipent.

Du point de vue pratique, la réticence a pour le clinicien un intérêt positif : elle lui permet de reconnaître indirectement un délire. Mais elle repré-

sente un double danger : la méconnaître ou la prendre pour une quelconque dissimulation. Constater son existence entraîne une indication formelle : provoquer l'expansion qui permettra de connaître le contexte du syndrome, de faire un bilan suffisant des troubles pour apprécier le degré de dangerosité.

La réticence est une réaction au délire. Elle n'est pas plus un critère de dangerosité qu'une preuve d'amélioration. Ce qui importe, c'est l'état mental sous-jacent et surtout le « dynamisme affectif morbide ».

****

Vu, le Président de Thèse :

RISER.

Vu, le Doyen :

LEFEVRE.

Vu et permis d'imprimer,

Toulouse, le 28 Juin 1949.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université :

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

1 P. ABELY. — La mauvaise foi chez les délirants. (Etude psychologique et physiologique.) A.M.P., décembre 1948. (P. 620.)

2 A. AUBIN. — Le « mensonge-reniement » chez les psychopathes. Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Marseille, 1948.

3 BARUK et LEVASSORT. — Simulation de la folie et dégénérescence mentale. Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Nantes, 1909.

4 H. BEAUDOUIN, Ch. CHANES, J. JOYEUX et Mademoiselle QUERCY. — L'Ortédrine intra-veineuse dans la pratique psychiatrique. A.M.P., avril 1949. (P. 376.)

5 H. BOUYER. — Contribution à l'étude clinique des réticences chez les aliénés. Thèse, Paris, 1920.

6 COURBON. — La réticence. Journal de psychologie. 15 mars 1921. (P. 253 à 265.)

7 COURBON. — La réticence. La Médecine (tome XIII), 1932. (P. 129.)

8 DARROW and SOLOMON. — Mutism an resistance behaviour in psychotic patients (A physiologic study). The American Journal of Psychiatry, 1940, 96, 2. (P. 1.441 à 1.454.)

9 De CLERAMBAULT. — Sur un internement contesté ; Encéphale, 1912. (Tome I, p. 43.)

10 G. DROMARD. — La mimique chez les aliénés. Alcan, 1909.

11 G. DROMARD. — Essai sur la sincérité. Alcan, 1911.

12 H. EY. — Conférences de psychiatrie. (Non publiées.)

13 FRIBOURG-BLANC. — Les fauses simulations en médecine légale et psychiatrique. Congrès des aliénistes et neurologistes. Bordeaux, 1931.

14 GARNIER. — La simulation de la folie. Annales d'Hygiène et de Médecine légale, 1888.

15 N. KORESSIOS. — Recherches psychothérapiques sur les délires. Maloine, 1943.

16 J. LACAN. — De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Le François, 1932.

17 LAIGNEL-LAVASTINE, Ch. DURAND et P. NEVEU. — Réticence dans un délire de filiation. A.M.P., 1941. (Tome 2, p. 249.)

18 LEROY. — Un cas de simulation. Soc. Clin. de Méd. Ment. 17-1-1910 et 17-5-1920.

19 R. LE SENNE. — Le mensonge et le caractère. Alcan.

20 MAIRET. — Aliénés simulateurs. Annales de psychiatrie et d'hypnologie. 1892. (N° 4.)

21 MARANDON DE MONTYEL. — Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, 1889.

22 NEVEU. — Les délires chroniques des alcooliques. Thèse, Paris, 1941.

23 Ch. NODET. — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Doin, 1938.

24 F. PACTET. — Les aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. Thèse, Paris, 1891.

25 V. PASQUET. — Les aliénés dissimulateurs. Thèse, Paris, 1898.

26 POROT. — La simulation des maladies mentales. Congrès des Al. et Neur., 1921.

27 G. RAVIART. — Les plus dangereux sont en liberté. Lille, 1931.

28 REGIS. — Précis de psychiatrie (6me éd.), 1923.

29 J.-P. SARTRE. — L'être et le néant. Gallimard, 1943.

30 S6GLAS. — Les troubles du langage chez les aliénés. Rueff, 1892.

31 SERIEUX et CAPGRAS. — Les folies raisonnantes. Alcan, 1909.

32 TATY. — Aliénés méconnus et condamnés. Congrès des Al. et Naur., 1899.

33 THIVET. — Simulation et dissimulation de la folie. A.M.P., 1904. (II, 236.)

34 TEULIE. — Rapports des langages néologiques et des idées délirantes. Thèse, Paris, 1927.

35 J. VIE. — Les méconnaissances systématiques. A.M.P., 1944. (Tome I, p. 229 et 440.)

••••••••

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 11

Chapitre I : SEMEIOLOGIE DE LA RETICENCE 19

1. Le Ton Affectif.
2. Le Langage, les Ecrits.
3. Les Attitudes, les Témoignages indirects.
4. Lever la Réticence.

Chapitre II : DIAGNOSTIC DE LA RETICENCE 55

1. Le Mutisme.
2. La Dissimulation.
3. L'Opposition, le Négativisme.
4. Les Dysmnésies.
5. L'Insuffisance psychique conceptuelle.

Chapitre III : SIGNIFICATION DE LA RÉTICENCE DANS LA PENSÉE DÉLIRANTE 69

Chapitre IV : APPLICATIONS PRATIQUES, CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES .. 87

CONCLUSION 103

BIBLIOGRAPHIE 107

Imprimerie —
— Artistique
Lavaur (Tarn)

Dépôt 249 —
— Juillet 1949